

UNIVERSIDAD DE DEUSTO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y EDUCACIÓN



**LOS MODELOS DE APEGO Y LOS ESTILOS EDUCATIVOS EN
NIÑOS CON TDAH**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Estefanía Santurde del Arco

Dirigida por:

Dr. D. Delfín Montero Centeno

Dr. D. José Antonio del Barrio del Campo

Bilbao, 2013

Este estudio ha sido realizado gracias al Programa Nacional de Formación de Profesorado Universitario (FPU) del MEC (Orden EDU/3083/2009, de 6 de noviembre).

Agradecimientos

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que han contribuido con su apoyo y dedicación a la realización de este trabajo.

Deseo agradecer, en primer lugar, a mis directores de tesis la confianza depositada en mí para desarrollar los objetivos planteados. Han sido dos magníficos referentes en mi trayectoria profesional. Estoy muy agradecida a José Antonio del Barrio del Campo por su acompañamiento a lo largo de los años, gracias por guiarme y aconsejarme en los momentos más importantes. Y a Delfin Montero Centeno por su disposición a ayudarme en cada problema o dificultad en estos años de realización de la Tesis Doctoral en la Universidad de Deusto.

A las Asociaciones de TDAH (Ahida y Acanpadah), a la Fundación CADAH, y a los profesionales del ámbito escolar y sanitario que han colaborado en la búsqueda de la muestra. Así como, a todas las familias y adolescentes que han dedicado su tiempo a contestar con paciencia y dedicación los cuestionarios de la investigación. Principalmente, a las familias que se han acercado para agradecerme el trabajo de la investigación. Gracias por valorar el esfuerzo y la importancia de colaborar con los investigadores.

A mi familia, especialmente a mis padres. Gracias por demostrarme a lo largo de los años el significado del amor incondicional. Vuestras miradas y palabras de apoyo han sido el sostén para no decaer en la lucha por alcanzar mis objetivos. Y a mi pareja, por mostrarme su amor y comprensión en el apoyo a cada una de mis decisiones, su paciencia y dedicación en el camino que hemos recorrido juntos. Gracias por aportarme seguridad y bienestar. A mis hermanos, por contribuir con su sensibilidad a la armonía del clima familiar. A mis abuelos, por ser un ejemplo; especialmente a mi abuela Nani, por varias cosas, pero sobretudo por enseñarme con su mirada. Y a mi abuelo Francisco, por darme el apoyo necesario para

alcanzar la meta. Finalmente, a mi tía Maite, por quererme como si fuera su propia hija. En su conjunto, por inculcarme el valor de una familia.

Finalmente, a mis amigos y compañeros, que han sabido darme los consejos e inyectado la energía necesaria para sonreír ante las dificultades del trabajo diario.

Gracias a todos por acompañarme durante todo este arduo pero reconfortante camino.

Índice de contenido

INTRODUCCIÓN.....	1
-------------------	---

1ª PARTE. MARCO TEÓRICO

1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD.....	7
1.1. Introducción. Concepto y características	7
1.2. Evolución del concepto.....	8
1.3. Cuestiones relacionadas con la evaluación/diagnóstico.....	9
1.4. Criterios diagnósticos del TDAH.....	13
1.5. Etiología.....	18
1.5.1. Modelo biológico.....	19
1.5.2. Modelos psicosociales	23
1.5.3. Modelos conductuales	24
1.6. Epidemiología	26
1.7. Comorbilidad	28
1.8. Tratamientos actuales en sujetos con TDAH	31
 2. APEGO	 36
2.1. Introducción	36
2.2. Origen y desarrollo de la teoría del apego	36
2.3. Clasificación y características de los apegos	39
2.4. Influencia bidireccional entre la figura de apego y el bebé	41
2.5. Las etapas de formación del vínculo.....	47
2.6. Aplicaciones clínicas de la teoría del apego.....	50
2.7. Estudios que han relacionado el TDAH con el apego	52
2.8. Intervención en apego	58
2.9. Instrumentos para estudiar el apego.....	60
 3. SOCIALIZACIÓN PARENTAL: ESTILOS EDUCATIVOS	 65
3.1. Introducción	65
3.2. Influencia de los estilos educativos parentales en el desarrollo infantil y el período de la adolescencia	78
3.3. Papel relevante de los estilos educativos parentales en la evolución de los síntomas relacionados con el TDAH	85
3.4. Influencia bidireccional entre la figura de apego y el bebé	91
 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: PROGRAMA PARA PREVENIR E INTERVENIR EN EL FOMENTO DEL APEGO.....	 95

2ª PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	97
6. MÉTODO	102
6.1. Diseño	102
6.2. Descripción de la muestra. Participantes	102
6.2.1. Muestra de los padres	102
6.2.2. Muestra de los adolescentes.....	126
6.3. Procedimiento	145
6.4. Análisis estadístico	145
6.5. Variables estudiadas	147
6.6. Instrumentos. Descripción y propiedades	149
7. RESULTADOS.....	160
7.1. Fiabilidad de las escalas.....	160
7.1.1. Fiabilidad de los instrumentos utilizados en la muestra de los padres	160
7.1.2. Fiabilidad de los instrumentos utilizados en la muestra de los adolescentes	162
7.2. Análisis de la estructura factorial de los cuestionarios	164
7.2.1. Análisis de la estructura factorial en la muestra de los padres.....	164
7.2.2. Análisis en la estructura factorial en la muestra de los adolescentes.....	166
7.3. Caracterización de la muestra	167
7.3.1. En cuanto a las respuestas de los padres.....	167
7.3.2. En cuanto a las respuestas de los adolescentes.....	171
7.4. Demostración de las hipótesis específicas	173
7.4.1. Teniendo en cuenta la información proporcionada por los padres.....	173
7.4.2. Teniendo en cuenta la información proporcionada por los adolescentes.....	192
7.4.3. Teniendo en cuenta la información proporcionada tanto por los padres como los adolescentes.....	198
7.5. Análisis de la Regresión Lineal Múltiple	199
8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	203
8.1. Análisis estructurales	204
8.2. Hipótesis de trabajo.....	206
8.2.1. Teniendo en cuenta la información proporcionada por los padres.....	206
8.2.2. Teniendo en cuenta la información proporcionada por los adolescentes.....	217
8.2.3. Teniendo en cuenta la información proporcionada tanto por los padres como los adolescentes	220
8.3. Análisis de la Regresión Lineal Múltiple.....	221
8.4. Conclusiones finales	222
8.5. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.....	228
8.5.1. Limitaciones del estudio	228
8.5.2. Futuras líneas de investigación.....	230
9. REFERENCIAS.....	232

10. ANEXOS	267
Anexo A. Carta para la búsqueda de colaboración en la recogida de la muestra	268
Anexo B. Carta para las familias que colaboran en la investigación.....	269
Anexo C. Preguntas para la recogida de los datos demográficos y familiares.....	270
Anexo D. Cuestionarios utilizados en el estudio.....	273
Cuestionarios rellenados por los padres	
D.1. Behavior Assessment System for children (BASC)	273
D.1.1. Ítems para el nivel de primaria	273
D.1.2. Ítems para el nivel de secundaria.....	275
D.2. Cuestionario de Vinculación Parento-Filial.....	277
D.3. Alabama Parenting Questionnaire (APQ).....	280
Cuestionarios rellenados por los adolescentes	
D.4. Behavior Assessment System for children (BASC)	282
D.5. Alabama Parenting Questionnaire (APQ).....	284
D.6. The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA).....	286
Anexo E. Figuras	287

Introducción

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es el trastorno psiquiátrico más frecuente en la edad pediátrica y es una de las principales razones por las que los niños acuden a servicios de salud mental (Soutullo y Diez, 2007).

La sintomatología de desatención e hiperactividad es un tema que reviste una gran relevancia e interés en el ámbito científico y clínico, y repercute a nivel social. A día de hoy, se plantea una controversia entre los autores que señalan la existencia del TDAH como una entidad separada, con causa orgánica, y los que sostienen que no puede hablarse de una categoría diagnóstica, es decir, que existen múltiples causas que pueden desarrollar síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad (Janin, 2007; Rodulfo, 2011).

En relación a este planteamiento, cabe señalar la falta de consenso respecto a las contribuciones que realiza la herencia y el ambiente en la expresión de los rasgos psicológicos. Como puntualizan Arranz y Oliva (2010), aunque algunos estudios han demostrado la existencia de una influencia genética sobre los rasgos psicológicos y comportamentales, no podemos obviar la influencia de los factores ambientales. De acuerdo con esta idea, debemos evitar un planteamiento dicotómico herencia vs ambiente, y proporcionar un punto de vista en el que podamos integrar ambas contribuciones, teniendo en cuenta la relevancia de las interacciones que se producen entre experiencia y genética en la etiología, desarrollo y pronóstico de los trastornos.

Por tanto, los seres humanos se desarrollan por la combinación de dos fuerzas, la biológica y la ambiental (Cantero, Pérez y Navarro, 2011). Es decir, venimos preprogramados genéticamente, los genes contienen la información para la organización general de la estructura cerebral, pero es la experiencia la que determina qué genes llegan a expresarse,

cómo y cuándo (Bakker y Rubiales, 2010; Castro, 2011; Lavigne y Romero, 2010; Siegel, 2007).

Oliva y Arranz (2011) explican como la configuración de los rasgos y aptitudes psicológicas está influida por los genes. Estos influyen en las interacciones sociales y, por medio de estas, interfieren en el proceso de desarrollo. Es decir, las características del niño determinadas genéticamente intervienen en la repuesta que proporciona el padre o la madre. A modo de ejemplo, exponen que en el caso de un niño con un temperamento hiperactivo va a conllevar que los padres lleven a cabo comportamientos de control y vigilancia para evitar los problemas que van unidos a este temperamento. Y por lo tanto, este comportamiento repercutirá en el desarrollo del niño.

A pesar de los estudios que se han realizado para constatar que el TDAH es un trastorno de origen biológico (Bayes et al., 2005; Pineda et al., 2003; Ramos-Quiroga, Ribasés-Haro, Bosch-Munsó, Cormánd-Rifá y casas, 2007; Soutullo y Diez, 2007), de probable transmisión genética (American Psychiatric Association [APA], 2002); sigue existiendo una gran controversia y desconocimiento del peso que tiene cada uno de los factores etiológicos, así como de la compleja matriz de interacciones entre los factores psicosociales (Raya, Herreruzo y Pino, 2008; Peris y Hinshaw, 2003) y neurobiológicos (Soutullo y Diez, 2007). De ahí la necesidad de seguir investigando para hondar en el papel mediador que pueden estar jugando estos y otros factores en el desarrollo y evolución del TDAH, y conseguir avances que nos permitan desarrollar tratamientos diversos y personalizados que puedan convertirse en intervenciones eficaces para cada uno de los casos que cumple con sintomatología de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad.

Debido a la necesidad de estudiar otros factores y a las notables implicaciones de las primeras interacciones de los padres con sus hijos en el desarrollo integral del neonato (Díaz,

Perez, Martinez, Herrera y Brio, 2000; Fernández, 2005), unido a las evidencias de recientes estudios que han planteado que el TDAH podría darse en el contexto de un vínculo inseguro, teniendo en cuenta a su vez la existencia de aspectos relacionados con los estilos educativos parentales y las características del niño que conllevan mayores dificultades para crear un vínculo seguro (García e Ibáñez, 2007). Hemos querido seguir trabajando en este tema para constatar los resultados hallados mediante la exploración de las representaciones internas del vínculo en los casos con este diagnóstico. Así como también, basándonos en la idea de familia como contexto protector del desarrollo psicológico de los hijos que contribuye con sus patrones adecuados de comportamiento a evitar las disfunciones en las interacciones que desarrollan los comportamientos psicopatológicos (Arranz, 2004), nos planteamos observar las posibles relaciones entre la sintomatología de TDAH y las variables relacionadas con los estilos educativos.

Hasta el momento, son escasas las investigaciones que se han centrado en el estudio de las representaciones vinculares en los casos de diagnóstico de TDAH. Sin embargo, los datos que se conocen confirman la existencia de una asociación entre TDAH y trastornos del vínculo (Clarke, Ungerer, Chahoud, Jonson y Stiefel, 2002; García y Ibáñez, 2007; Green, Stanley y Petters, 2007; Kissgen, Krischer, Kummetat, Spiess, Schleiffer y Sevecke, 2009). Además, los investigadores constatan en sus investigaciones que tener un vínculo seguro favorece el desarrollo de competencias en donde los TDAH tienen dificultades (Fonagy y Traget, 2002; Marrone, 2008).

A través de las investigaciones se concluye que existirían dos patrones de apego relevantes en relación al TDAH. Un patrón ambivalente, también denominado ansioso o hiperactivado, y un patrón desorganizado (Clarke et al., 2002; Finzi, Manor y Tyano, 2006; Stiefel, 1997). Además, se han constatado diferencias en el tipo de apego en función del subtipo del TDAH que padezca el niño, los niños diagnosticados del tipo predominantemente

hiperactivo-impulsivo o combinado obtienen mayores puntuaciones que los niños diagnosticados del tipo predominantemente inatento en vínculo inseguro del tipo ansioso o evitativo (Finzi et al., 2006).

Se observan similitudes en los patrones de interacción entre padres e hijos en los casos de niños con diagnóstico de TDAH y en las familias con niños que han desarrollado un apego inseguro. Se caracterizan en que los padres responden menos a las interacciones iniciadas por sus hijos, por un estilo de respuesta negativa-reactiva, impositiva, controladora y con menos estrategias de parentalidad positiva (Danforth, Barkley y Stokes, 1991). Además, son menos afectuosos y presentan un estilo educativo más negligente (Goldstein, Harvey y Friedman, 2007; Raya et al., 2008). Y una mayor gravedad en las conductas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención han sido directamente asociadas con niveles más bajos de cohesión, expresividad e independencia en el clima familiar (Montiel-Nava, Montiel-Barbero y Peña, 2005).

Desde las concepciones etiológicas de la psicopatología de los niños y adolescentes se ha concedido un papel relevante a la familia (Trallero, 2005). Concretamente, se ha señalado que los estilos educativos parentales tienen una influencia en las características psicológicas y/o patología que es coadyuvante en el inicio del trastorno y posteriormente influye en su evolución (Fornieles, 2005). En relación al TDAH, la mayor tensión de crianza de los hijos ocasiona que los padres desarrollen patrones de disciplina ineficaces que pueden dar lugar a un estilo educativo punitivo (Healey, Flory, Miller y Halperin, 2011; Stormshak, Berman, McMahon y Lengua, 2000; Wolfon y Grant, 2006) o permisivo (Keown y Woodward, 2002; Raya et al., 2008). Los autores han concluido que las conductas coercitivas contribuyen al mantenimiento y exacerbación de los síntomas conductuales del TDAH (Daley, Jones, Hutchings y Thompson, 2009) y al desarrollo de problemas externalizantes (Prinz, Reitzel, Onghena, Hellinckx, Grietens, Ghesquière y Colpin, 2004). A su vez, las conductas

permisivas, apoyan un desarrollo inadecuado de la autorregulación de los impulsos y de la tolerancia a la frustración (López y López, 2008).

En relación a los estilos educativos, se encuentran diferencias en función del subtipo del trastorno. Se han observado mayores niveles de estilos de control en padres con niños diagnosticados de TDAH subtipo predominantemente hiperactivo impulsivo que en padres con niños diagnosticados de TDAH subtipo predominantemente inatento (Finzi et al., 2006).

Por todo lo expuesto con anterioridad, estamos de acuerdo con Jarque (2012) en que es necesario poner el énfasis en seguir hondando en el abordaje del TDAH desde una perspectiva psicosocial. Para ello, debemos plantearnos la necesidad de contemplar dentro de las evaluaciones para efectuar un diagnóstico de TDAH, la evaluación del apego (Kissgen, Krischer, Kummetat, Spiess, Schleiffer y Sevecke, 2009) y de los estilos parentales (Fornieles, 2005), para conocer la influencia que están teniendo estos factores en el inicio y la evolución de los síntomas característicos del trastorno (hiperactividad, impulsividad e inatención) y poder determinar cuáles son los aspectos sobre los que debemos intervenir para evitar que se agrave la sintomatología (Iglesias y Romero, 2009).

El presente trabajo consta de dos grandes partes, la fundamentación teórica y el trabajo empírico. El contenido, de esta primera parte, se recoge en tres capítulos que se dedican a revisar el conocimiento existente sobre el TDAH, apego y la socialización familiar. Al finalizar la exposición de los temas reseñados, hacemos una propuesta de intervención para prevenir e intervenir en el fomento del apego en aquellos casos de padres con hijos que a edades tempranas comiencen a padecer algunos síntomas característicos del TDAH. En la segunda parte, exponemos el trabajo empírico realizado. En primer lugar, planteamos los objetivos e hipótesis de nuestro estudio, a continuación se presenta el diseño metodológico y

posteriormente se indican los resultados obtenidos, de acuerdo a los objetivos e hipótesis planteadas. Finalmente, se desarrolla la discusión y conclusiones.

1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

1.1. Introducción. Concepto y características

El TDAH o Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad es un trastorno neurobiológico caracterizado por una dificultad o incapacidad para mantener la atención voluntaria frente a actividades, tanto académicas como cotidianas, unida a la falta de control de impulsos. Es un trastorno crónico, sintomáticamente evolutivo y de probable transmisión genética. Se manifiesta en niños y adolescentes, llegando incluso a la edad adulta en un 60% de los casos. Afecta aproximadamente a un 3-5% de los niños en edad escolar. El trastorno es más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones que oscilan entre 4:1 y 9:1 en función de si la población es general o clínica (APA, 2002).

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) se inicia en la infancia y sus manifestaciones deben presentarse antes de los 7 años de edad, caracterizándose por presentar dificultades crónicas en atención (bajos niveles de concentración y organización, olvidos frecuentes), impulsividad (impedimento en controlar reacciones inmediatas o esperar su turno, e interrupciones constantes a los demás) e hiperactividad (actividad motora excesiva); las cuales no pueden atribuirse a alteraciones neurológicas, sensoriales, del lenguaje o motoras graves, retraso mental o a trastornos emocionales importantes. Dificultades que interfieren visiblemente en el desarrollo social, académico, ocupacional o recreativo del niño (APA, 2002; Moreno, 1998).

Esta sintomatología puede tener determinados predomios, de tal forma que no necesariamente están presentes todas las características al mismo tiempo. Diferentes estudios han encontrado que los síntomas y las conductas asociadas al TDAH cambian durante el desarrollo y que varían en frecuencia e intensidad según la edad y el sexo. Padres y

profesores consideran que los niños en edad preescolar presentan más síntomas de hiperactividad-impulsividad que de desatención (Amador, Foros, Guárdia, Perú, 2006).

1.2. Evolución del concepto

Se pueden señalar épocas diferentes en la conceptualización del TDAH, estas son: La época del daño cerebral de 1902 hasta los 50, la edad de oro de la hiperactividad de los 50 a los 60, el auge del déficit de atención en los 70, el auge de los criterios diagnósticos en los 80 y finalmente la época de la neuroimagen, la genética, el TDAH en adultos y los modelos explicativos del trastorno (Servera, 2002).

La primera definición del trastorno se remonta a 1902, los doctores Still y Tredgold describieron un síndrome infantil y atribuyeron su sintomatología de falta de control de la conducta y los impulsos e incapacidad de mantener la atención a un “defecto del control moral”. Respecto a la etiología se primaron los factores hereditario y orgánico en detrimento de los factores ambientales.

Es a raíz del surgimiento de una epidemia de encefalitis letárgica (1917-1918), que los expertos comienzan a atribuir la sintomatología de hiperactividad, impulsividad y dificultades cognitivas a la encefalitis. Dando paso posteriormente al estudio de las secuelas de las lesiones cerebrales, las infecciones del SNC, y los traumatismos craneoencefálicos. En dichos estudios observaron que muchos de estos niños tenían síntomas de TDAH, y de ahí deriva entre 1930-1940 el concepto de “Síndrome del daño cerebral”. Sin embargo, entre 1950 y 1960, se dieron cuenta que no todos los niños con TDAH presentaban daño cerebral y por tanto, el concepto cambió a denominarse “daño cerebral mínimo o disfunción cerebral mínima”. Finalmente, a causa de la falta de evidencias neurológicas el concepto acabo sustituyéndose por otros. Es entonces cuando empieza a ponerse el foco de atención sobre la hiperactividad como un síndrome diferente al daño cerebral; describieron los expertos la

hiperactividad como un trastorno hiperkinético impulsivo, como también, lo denominaron síndrome hiperkinético y síndrome del niño hiperactivo.

A causa de las confusiones existentes respecto a las denominaciones utilizadas, la Academia Americana de Psiquiatría realizó un trabajo para precisar los conceptos en el Manual Diagnóstico Estadísticos de Enfermedades Mentales. Desde la definición del trastorno como “reacción hiperkinética de la infancia” en el DSM- II (1968), la denominación del trastorno ha ido sufriendo diversas modificaciones. En el DSM-III (1980) se denominó “Trastorno por Déficit de Atención (con o sin hiperactividad) debido a que se empezó a dar importancia a la sintomatología de déficit de atención por su implicación en las dificultades de los sujetos diagnosticados. En el DSM-III TR (1987) el nombre del trastorno se cambió a “Trastorno Hiperactivo con Déficit de Atención”, dando nuevamente más importancia a la sintomatología de hiperactividad. Finalmente, señalar que desde el DSM-IV (1994) se denomina Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, este concepto se ha mantenido en el DSM-IV TR (2000). Sin embargo, se está estudiando modificar el concepto en el próximo DSM-V, para que se pueda contemplar el déficit de atención y la hiperactividad como dos trastornos diferentes (Vasen, 2011).

1.3. Cuestiones relacionadas con la evaluación/diagnóstico

En la actualidad el diagnóstico de TDAH se basa principalmente en una aproximación clínica, puesto que hasta el momento el trastorno está definido preferentemente sobre bases conductuales, sin la concreción de un marcador biológico específico. Por tanto, no existen instrumentos específicos que indiquen la existencia del TDAH. Se utilizan escalas de estimación comportamental y otras escalas de más amplio espectro para proporcionar información complementaria a la obtenida en la entrevista diagnóstica (Mas, 2009). Así como también, tareas de laboratorio y registros de observación conductual. Entre los

procedimientos de evaluación más utilizados señalamos el protocolo de evaluación y diagnóstico del TDAH (IMAT) (Servera, 2002).

A su vez, se recomienda realizar pruebas auditivas, visuales y una analítica general para descartar que las causas de la hiperactividad, impulsividad y la inatención sean orgánicas. Y en los casos en los cuales el profesional sospecha sobre la existencia de un trastorno epiléptico, alteración cerebral o un síndrome genético, se indica realizar un electroencefalograma (EEG), una resonancia magnética cerebral (RMC) y un cariotipo (San Sebastian, Soutullo y Figueroa, 2010).

Debido a la alta comorbilidad que se constata en este trastorno, es imprescindible realizar un diagnóstico diferencial referente al tema evolutivo, médico, neurológico, psiquiátrico y social (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010).

En cuanto a las pruebas neurológicas, a pesar del desarrollo de la neuroimagen no se utiliza para efectuar el diagnóstico, las técnicas de imágenes dinámicas son sólo experimentales. En la actualidad, no existen suficientes datos científicos que avalen la utilización de estas técnicas en el diagnóstico del trastorno (Quintero, Navas, Fernández y Ortiz, 2009).

Además, debemos hacer especial mención a la controversia existente sobre los resultados de las diversas investigaciones realizadas (Furman, 2005; Tallis, 2008).

Referente a los sistemas de clasificación utilizados para realizar el diagnóstico (DSM y CIE), Vázquez, Sánchez y Romero (2011) aluden a la existencia de serios problemas conceptuales. Son sistemas de categorías y se cuestiona si las entidades pueden tener límites definibles, porque en diversos casos no es posible observar la separación existente entre unas y otras, claro ejemplo de ello son las altas tasas de comorbilidad entre los trastornos. Además,

al ser un sistema politético, en el cual se concibe la variabilidad intrínseca de las personas que son diagnosticadas en una misma categoría, se corre el riesgo de incluir a personas con características muy diferentes. Y tampoco permite conocer el nivel de gravedad de la personas porque simplemente el profesional que diagnóstica establece el diagnóstico en función de si cumple o no los criterios establecidos para una entidad. Por último, aún se necesita seguir trabajando para que las categorías obtengan una adecuada validez diagnóstica, porque se ha empleado mayores esfuerzos en generar una alta fiabilidad interjueces, es decir, el grado de acuerdo entre las personas que diagnostican.

Castro (2011) apoya lo expuesto anteriormente sobre los sistemas diagnósticos y puntualiza que la denominación de los trastornos proporciona muy poca información de los factores causales y de mantenimiento, y por lo tanto sobre el adecuado tratamiento. Lo que ocasiona que las personas que son diagnosticadas de un mismo trastorno porque cumplen los criterios establecidos en el sistema de clasificación, pueden tener causas diferentes para su condición, y requerir una intervención diferente.

Inclusive, se ha cuestionado que se utilicen criterios fijos sin tener en cuenta la edad y el género, porque no han considerado que las manifestaciones de la sintomatología son diferentes en función de estas variables (Cardo y Servera, 2008). Una observación a tener en cuenta es que han identificado que los procesos madurativos presentan diferencias entre los niños y las niñas (Hidalgo y Palacios, 2009).

En relación al manual DSM-IV-TR (APA, 2002) para clasificar a un sujeto dentro del cuadro de TDAH. Vasen (2011) señala que la triada sintomatológica es tan inespecífica que puede darse por diversas causas o situaciones. Además, el cuantificador “a menudo” que aparece en la redacción de cada uno de los ítems del cuadro sintomático de TDAH comporta confusión a la variabilidad sintomática del trastorno. Inclusive, indica que las modificaciones

realizadas en la próxima versión (DSM-V) podrían conllevar el aumento del sobrediagnóstico que actualmente se evidencia debido principalmente a la falta de marcadores biológicos que puedan definir el trastorno, que conlleva la inexistencia de pruebas que lo constaten. Como también, por la facilidad en la confusión de los síntomas de TDAH con otros problemas conductuales en las escuelas.

Vasen (2011) reflexiona sobre los cambios que se plantean en esta nueva versión y puntualiza lo siguiente:

1. Se podrá realizar el diagnóstico por la sola presencia de los síntomas no necesitando, como se indicaba en el DSM-IV (APA, 2002), que se una a la sintomatología un deterioro en el aprendizaje.
2. Reducen a la mitad los síntomas necesarios para realizar el diagnóstico en adolescentes y adultos. Perdiendo la especificidad del TDAH en estos casos y ocasionando falsos positivos y un inadecuado uso de los estimulantes para su mejora.
3. Permiten que el diagnóstico de TDAH se lleve a cabo en presencia de autismo.
4. Plantean elevar la edad requerida del comienzo del trastorno de los 7 a los 12 años.

Fernández y López (2011) apuntan que a pesar del escaso acuerdo existente, se está considerando la posibilidad de eliminar los subtipos de TDAH o añadir en la clasificación el trastorno por déficit de atención y eliminar los subtipos. Puesto que desde la investigación han existido dificultades para hallar evidencias que apoyen la clasificación actual en subtipos (Cardo y Servera, 2008).

1.4. Criterios diagnósticos del TDAH

Respecto a los criterios diagnósticos del TDAH señalar que en la actualidad existen dos sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales infantiles con criterios normalizados para establecer el diagnóstico:

-La Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales (CIE) elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

-El Manual Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM) que deriva de la Asociación de Psiquiatría Americana (APA).

Los criterios específicos que se incluyen en las versiones actualizadas de ambos sistemas, en el DSM-IV-TR (APA, 2002) para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), y en el CIE-10 (OMS, 2007; Rutter, 2001) para el diagnóstico del trastorno hiperactivo (THC), recogen un listado similar de 18 síntomas, referidos a conductas de inatención, hiperactividad e impulsividad; coincidiendo también ambos en la necesidad de que los síntomas aparezcan antes de los 7 años y se mantengan a lo largo del tiempo con desajustes clínicamente significativos, al menos en dos contextos diferentes. Además, resultan inapropiados desde un punto de vista evolutivo, se evidencian en características conductuales específicas y tienen repercusiones negativas sobre el desarrollo cognitivo, personal y social; interfieren significativamente en el aprendizaje escolar y en la adaptación del sujeto a los diferentes entornos en donde se desarrolla.

Debemos destacar que a pesar de que ambos sistemas señalen como síntomas característicos del trastorno la inatención, hiperactividad e impulsividad, existen diferencias entre ambos sistemas. El DSM-IV-TR (APA, 2002) estipula que para proceder al diagnóstico es necesario que se verifiquen en el sujeto uno de los síntomas, es decir, hiperactividad o

déficit de atención (cumpliendo seis síntomas de inatención o de hiperactividad-impulsividad); mientras que el CIE-10 (OMS, 2007; Rutter, 2001) requiere la presencia de los tres síntomas esenciales, es decir, que se pueda verificar por lo menos seis síntomas de inatención, tres de hiperactividad y uno de impulsividad. Además, mientras que el CIE-10 (OMS, 2007; Rutter, 2001) contempla como criterio de exclusión la presencia de otros trastornos, el DSM-IV-TR (APA, 2002) acepta la posibilidad de que exista comorbilidad con otros trastornos, sin embargo, en los criterios se estipula que los síntomas no deben aparecer exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental. En ambos sistemas, además de la verificación de los síntomas se deberán cumplir el resto de los requisitos expuestos anteriormente.

A continuación exponemos los cuadros con los criterios diagnósticos de las dos clasificaciones indicadas anteriormente.

Según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (APA, 2002) los criterios diagnósticos para el TDAH son los siguientes:

A. (1) o (2):

(1) seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Desatención

(a) a menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.

(b) a menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.

(c) a menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

(d) a menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).

(e) a menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.

(f) a menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).

(g) a menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p.ej., juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros o herramientas).

(h) a menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.

(i) a menudo es descuidado en las actividades diarias.

(2) seis (o más) de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

Hiperactividad

(a) a menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.

(b) a menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.

(c) a menudo corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado hacerlo (en adolescentes y adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).

(d) a menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(e) a menudo "está de marcha" o suele actuar como si tuviera un motor.

(f) a menudo habla en exceso.

Impulsividad (g) a menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas. (h) a menudo tiene dificultades para guardar turno. (i) a menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p.ej., se entromete en conversaciones o juegos). B. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad. C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p.ej., en la escuela y en casa). D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p.ej, trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Cuadro1. *Criterios Diagnósticos para el TDAH, según el DSM-IV-TR, 2002*

<i>Códigos basados en el tipo:</i> F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo combinado (314.01): si se satisfacen los Criterios A1 y A2 durante los últimos 6 meses. F90.8 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio del déficit de atención (314.00): si se satisface el Criterio A1, pero no el Criterio A2 durante los últimos 6 meses. F90.0 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo (314.01): si se satisface el Criterio A2, pero no el Criterio A1 durante los últimos 6 meses.

Cuadro 2. *Códigos basados en el tipo de Trastorno, según DSM-IV-TR, 2002*

En los casos para diagnosticar alteraciones con síntomas prominentes que no cumplan los criterios estrictos de un TDAH se utiliza otra categoría, denominada trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado.

Según el manual CIE-10 (OMS, 2007) los criterios diagnósticos para el trastorno hiperactivo son los siguientes:

El diagnóstico requiere la presencia clara de déficit de atención, hiperactividad o impulsividad, que deben ser generalizados a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, y no deben ser causados por otros trastornos como el autismo o los trastornos afectivos.

G1. Déficit de atención. Por lo menos seis de los siguientes síntomas de déficit de atención persisten al menos seis meses, en un grado que es maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño:

1-Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.

2-Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.

3-A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.

4-Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.

5-Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.

6-A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas tales como los deberes escolares que requieren un esfuerzo mental sostenido.

7- A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, tales como material escolar, libros, etc...

8- Fácilmente se distrae ante estímulos externos.

9-Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

G2. Hiperactividad. Al menos tres de los siguientes síntomas de hiperactividad persisten durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo o inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.

1-Con frecuencia muestra inquietud con movimiento de manos o pies o removiéndose en su asiento.

2-Abandona el asiento en la clase o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.

3-A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas

4-Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.

5-Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.

G3. *Impulsividad*. Al menos uno de los siguientes síntomas de impulsividad persiste durante, al menos, seis meses, en un grado maladaptativo e inconsistente con el nivel de desarrollo del niño.

1-Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.

2-A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.

3-A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.

4-Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

G4. El inicio del trastorno no se produce después de los siete años.

G5. *Carácter generalizado*. Los criterios deben cumplirse para más de una situación, es decir, la combinación de déficit de atención e hiperactividad deben estar presentes tanto en el hogar como en el colegio, o en el colegio y otros ambientes donde el niño puede ser observado.

G6. Los síntomas G1 a G3 ocasionan un malestar clínicamente significativo o una alteración en el rendimiento social, académico o laboral.

G7. El trastorno no cumple criterios de trastorno generalizado del desarrollo, episodio maniaco, episodio depresivo o trastorno de ansiedad.

Cuadro 3. Criterios Diagnósticos para el Trastorno Hiperactivo, según el CIE-10, 1994.

1.5. Etiología

Las investigaciones apuntan a que el TDAH se origina por múltiples causas de diverso tipo y que cada una de ellas contribuye en parte a que el trastorno se manifieste. Las causas que señalan como más importantes son: Genética, bajo peso al nacer, adversidad psicosocial y consumo de tabaco o alcohol por parte de la madre durante el embarazo (Soutullo y Díez, 2007).

A pesar de conocerse las posibles causas del trastorno, hoy en día aún se desconoce su nivel de influencia, así como la interrelación existente entre ellas. Los diversos autores que estudian su influencia han elaborado a lo largo de la historia diferentes modelos explicativos para el TDAH. Entre los más importantes encontramos los modelos biológicos, psicosociales y conductuales.

1.5.1. Modelo biológico. El modelo biológico ha sido analizado teniendo en cuenta diferentes factores: Los factores neurológicos, genéticos, perinatales y nutricionales.

Factores neurológicos. Se ha descrito como problema central de los sujetos con TDAH una disfunción del sistema ejecutivo (Barkley, 2002, 2003). Actualmente, existe un consenso en la literatura científica respecto a la asignación de la capacidad ejecutiva de la conducta del ser humano al lóbulo frontal (Beldarrain, 2007), y se ha implicado a la corteza prefrontal y a las vías catecolaminérgicas en la etiopatogenia del trastorno (Del Campo, Chamberlain, Sahakian y Robbins, 2011; Fernández, Martín, Calleja, Muñoz y López, 2012). Las investigaciones sugieren que el origen del TDAH podría deberse a determinadas anomalías en algunas áreas del cerebro. Las alteraciones se han hallado mayoritariamente en la corteza prefrontal encargada de la regulación de la atención y la inhibición de información sensorial. Concretamente, mediante estudios de resonancia magnética funcional (RMF) se ha observado que los niños con TDAH presentan una menor actividad en la corteza prefrontal del hemisferio derecho (Ochoa et al., 2004; Soutullo y Díez, 2007; Teicher, Anderson y Polcari, 2000), y por medio de investigaciones que han utilizado resonancia magnética estructural (RME) también se ha constatado una disminución volumétrica de la región prefrontal derecha (Soliva y Vilarroyo, 2009; Soutullo y Díez, 2007).

Asimismo, se han verificado alteraciones en el tamaño y en las funciones del cuerpo calloso que conecta los hemisferios del cerebro y los ganglios basales (específicamente el núcleo caudado y el putámen) relacionado con los procesos de atención e implicados en el control de los impulsos (Soliva y Vilarroyo, 2009; Valera, Faraone, Murray y Seidman, 2007). Y se ha indicado un volumen reducido del vérmix del cerebelo, involucrado en la cognición y concretamente en los circuitos relacionados con los procesos atencionales (Soliva y Vilarroyo, 2009). En los casos de TDAH con una peor evolución clínica se ha observado

una disminución de los volúmenes de los lóbulos inferoposteriores derecho e izquierdo del cerebelo (Mackie et al., 2007).

Además, se ha observado que los circuitos y los grupos de neuronas que controlan la atención son de menor tamaño y menos activas. Específicamente, la función del sector atencional o cognitivo del cíngulo anterior que se encarga de la regulación de la atención y eliminación de las distracciones está también afectada (Soutullo y Diez, 2007).

Para finalizar, se ha comprobado que el volumen total del cerebro es menor en los casos de TDAH (Narr et al., 2009).

A pesar de las diferencias encontradas en los estudios entre sujetos con TDAH y controles, cabe señalar la existencia de una marcada variabilidad de los mismos (Castellanos y Acosta, 2004; Seidman, Valera y Makris, 2005). Y por tanto, no han podido verificar con exactitud cuál es el sustrato neurobiológico del trastorno (Quintero, Navas, Fernández y Ortiz, 2009). Actualmente, se requiere de una mayor investigación para esclarecer las contribuciones de las regiones no frontoestriatales en la fisiopatología del TDAH (Cherkasova y Hechtman, 2009).

Factores genéticos. Los estudios de asociación genética realizados con familiares, gemelos y niños adoptados muestran que el TDAH presenta un elevado grado de agregación familiar (Bayes et al., 2005; Ramos-Quiroga et al., 2007). Llegando a obtener valores de heredabilidad en torno al 70% (Banerjee, Middleton, Faraone, 2007; Bayes et al., 2005; Biederman, 2005). Sin embargo, otros autores no apoyan estos planteamientos y sostienen que en los casos de estudios de familia en los que se encuentran rasgos concretos, eso no significa necesariamente que ese fenotipo se esté produciendo a causa de un componente genético, sino que puede deberse a un ambiente compartido. Debido a estas limitaciones encontradas en los estudios de familia en cuanto a la dificultad para separar la influencia de

los componentes genéticos de los ambientales, comienzan a desarrollarse investigaciones con gemelos y niños adoptados. Pero estas investigaciones han sido igualmente cuestionadas. Las investigaciones con gemelos apuntan que la teoría de ambientes iguales que utilizan los autores para justificar los resultados de los estudios de heredabilidad es insostenible, puesto que se ha podido constatar que los gemelos monocigóticos tienen ambientes más parecidos que los dicigóticos y por tanto, las semejanzas encontradas entre los gemelos monocigóticos al realizar las comparaciones con los dicigóticos pueden ser explicadas por factores ambientales. Finalmente, en los casos de niños adoptados, cuestionan que no han tenido en cuenta el ambiente compartido con los padres adoptivos y además, no han podido obtener medidas de los padres biológicos para comparar las diferencias (Joseph, 2000; Mediavilla-Garcia, 2003).

Se han llevado a cabo un gran número de investigaciones para hallar los posibles genes candidatos que desempeñan un papel significativo en el desarrollo del trastorno (Faraone et al., 2005) y en el curso de la sintomatología (Langley et al., 2009).

Los estudios se han centrado principalmente en los genes implicados en el sistema de neurotransmisión dopaminérgico (DRD4, DRD5, DAT1/ SLC6A3, DBH, DDC) y posteriormente se ha prestado atención a los genes asociados con el sistema noradrenérgico (NET1/SLC6A2, ADRA2A, ADRA2C) y serotoninérgico (5-HTT/SLC6A4, HTR1B, HTR2A, TPH2) (Acosta, 2007; Banaschewski, Becker, Scherag, Franke Coghil, 2010). En cambio, otra serie de estudios plantean que no existen pruebas suficientes para avalar que el trastorno tiene una base genética, es decir, no se conocen con certeza por el momento cuales son los genes que conllevan un mayor riesgo de TDAH (Furman, 2008; Soutullo y Diez, 2007). Inclusive se señala que los genes pueden predisponer a un niño a presentar el trastorno, pero no determinan su presencia. Los genes implicados interactúan junto a los factores ambientales aumentando el riesgo de padecerlo (Banerjee, Middleton, Faraone,

2007; Ramos-Quiroga y cols., 2007), pudiendo determinar un mismo patrón genético distintos trastorno o diversos tipos de un mismo trastorno (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010).

En relación a los genes implicados en el sistema de neurotransmisión dopaminérgica señalados anteriormente, se acepta la existencia de una alteración en el gen de los receptores o de los transportadores de la dopamina y, conlleva que los receptores sean menos sensibles a la dopamina, o que los transportadores la absorban rápidamente sin permitir que se adhiera a los receptores de otra neurona. Ocasionando una desregulación de la corteza frontal y de los circuitos subcorticales modulados por la dopamina que se manifiesta en un déficit en la inhibición conductual y el autocontrol. Del mismo modo, las alteraciones de los genes asociados con el sistema noradrenérgico supone una disminución de la noradrenalina en el cortex prefrontal dorsolateral e influye en la regulación de los niveles de vigilancia y atención (Lavigne y Romero, 2010).

A pesar de los estudios realizados para avalar una hipótesis catecolaminérgica del TDAH (Del Campo et al., 2011), y aunque se conoce que los circuitos fronto-subcorticales poseen abundantes receptores dopaminérgicos y noradrenérgicos, aún es una hipótesis imprecisa (Solanto, 2002).

Factores perinatales. Grinzenko et al., (2012) constatan que muchos de los factores ambientales que contribuyen a la aparición y severidad del trastorno se encuentran en el periodo del embarazo y el nacimiento. Se ha encontrado que factores tales como el hábito de fumar, el alcohol, las complicaciones del parto, los trastornos neurológicos tempranos, amenazas de aborto, convulsiones neonatales, gripes con incapacidad durante embarazo pueden ser factores de riesgo para el TDAH (Huizink y Mulder, 2006; Lavigne y Romero, 2005; Milberger, Biederman, Faraone y Jones, 1998; Pineda et al., 2003).

La prematuridad es un factor etiológico que cada vez ha adoptado una mayor relevancia en este campo de investigación, observándose en los seguimientos de los casos que entre un 20 y un 30% desarrollan TDAH (Garcia, et al., 2008; Tallis, 2008).

López y López (2008) exponen la necesidad de controlar también los ambientes prenatales y postnatales, puesto que la privación ambiental compromete la integridad neuropsicológica del menor.

Factores nutricionales. Se han desarrollado investigaciones relacionadas con aspectos dietéticos y TDAH, pero actualmente aún se encuentra en estudio y no hay evidencia científica comprobada (Leytón, 2004).

1.5.2. Modelos psicosociales. Diversos autores constatan que los factores psicosociales intervienen de manera determinante en la manifestación, mantenimiento y desarrollo del TDAH (Miranda-Casas, Grau-Sevilla, Marco-Taberner y Rosello, 2007). Martínez-León (2006) comenta que con motivo de la falta de justificación respecto a que determinados niños con una predisposición biológica no desarrollaban el trastorno y en cambio, otros niños sin dicha predisposición, sin daños neurológicos o complicaciones perinatales, desarrollaban los síntomas, hizo plantearse que los factores psicosociales cumplían una función moduladora sobre la predisposición biológica.

El ambiente familiar se considera un factor relevante. Existen diferentes casos en los que se ha constatado que a pesar de existir una predisposición menor del niño, un ambiente familiar caótico o insensible exacerba los comportamientos de inatención, hiperactividad e impulsividad (Johson y Mash, 2001).

Los estilos de crianza en el hogar son muy importantes porque determinan el comienzo de la socialización el niño (Martínez-León, 2006). Se concluye que determinados

estilos pueden desarrollar y mantener los síntomas del trastorno, influyendo en la gravedad y evolución del trastorno (Moreno, 1998; Raya et al., 2008; Peris y Hinshaw, 2003).

Servera (2002) puntualiza que en diversas ocasiones el TDAH se confunde con estados de maduración o inclusive a causa de patrones educativos desadaptativos. Expresa textualmente “A veces determinados modelos paternos, pautas educativas o acontecimientos estresantes en la familia parecen provocar estados hiperactivos en el niño, que también se superan con el cambio de estos factores precipitantes”.

Otros autores han sugerido que los apegos inadecuados, especialmente el desorganizado y ambivalente, tienen un papel relevante en la etiología del TDAH (Clarke et al., 2002; Finzi et al., 2006; Stiefel, 1997).

1.5.3. Modelos conductuales. Modelo atencional de Virginia Douglas. A través del trabajo de Virginia Douglas y su equipo del Instituto McGill de Canadá consiguieron impulsar el término de TDAH que utilizamos en la actualidad. La autora concedió a la inatención el papel relevante y atribuyó el origen del TDAH a la presencia de cuatro predisposiciones básicas interrelacionadas en el niño: Un rechazo o muy poco interés por dedicar atención y esfuerzo a tareas complejas; una tendencia hacia la búsqueda de estimulación y/o gratificación inmediata; poca capacidad para inhibir respuestas impulsivas; poca capacidad para regular la activación en la resolución de problemas. Este patrón comportamental y de procesamiento de la información que caracteriza el funcionamiento del niño provoca a la larga déficits asociados, en general de orden cognitivo, y que se agrupan en tres grandes áreas: Déficit en el desarrollo de esquemas y estrategias –déficit en la resolución de problemas–, déficit en motivación intrínseca asociada a pobre rendimiento –expectativa de fracaso e incapacidad– y, por último, déficit metacognitivos –incapacidad para planificar y controlar la acción propia– (Servera, 2005).

Modelo Motivacional de Russell Barkley (1990) se centra en los problemas de autorregulación, señala que el problema básico de los niños hiperactivos se encuentra en la insensibilidad a los estímulos ambientales socialmente relevantes y un déficit en las conductas gobernadas por reglas. Estos factores son los causantes de los problemas de atención sostenida, falta de esfuerzo, desinhibición de conductas e impulsividad observados en los niños hiperactivos, así como de su estilo motivacional caracterizado por búsqueda continuada de estimulación, necesidad de reforzamiento extrínseco, incapacidad de demora de reforzadores, baja susceptibilidad a estímulos aversivos, etc.. Todos estos elementos definitorios de la hiperactividad presentarían una fuerte base neurológica y poco tendrían que ver con la "voluntad" del niño. Barkley (1990) entiende que de modo general todas se pueden resumir en estas seis: a) existencia de un problema de detección sensorial, b) discapacidad física o motora que impide al niño realizar la respuesta deseada, c) historia de condicionamiento inadecuado, d) déficit en los efectos de los estímulos reforzadores, e) efecto inusualmente rápido de habituación o saciación ante reforzadores, y f) déficit en la memoria habitual con la que los programas de refuerzo mantienen la conducta a lo largo del tiempo (Servera, Bornas y Moreno, 2001).

Su baja capacidad para ejercer el control inhibitorio sobre sus conductas, debido a una disfunción del sistema ejecutivo, conlleva concretamente una afectación en cuatro funciones ejecutivas (Barkley, 2002). Las dificultades que encuentran los sujetos con TDAH en relación a cada una de las funciones ejecutivas son las siguientes (Orjales, 2000):

Respecto a la pobre memoria de trabajo, encuentran problemas para retener en su memoria la información, para hacer uso de ella en diversas tareas, tanto en el ámbito familiar como en el escolar. Esta dificultad para representar la información en la memoria de trabajo les interfiere en la capacidad para imitar conductas nuevas que se adquieren mediante

aprendizaje vicario. Influye a su vez en la recuperación y mantenimiento en su mente de la información necesaria para emitir una respuesta ante una situación determinada.

En cuanto al retraso de la internalización del habla, les dificulta la utilización del lenguaje interno para llevar a cabo la auto-regulación en sus conductas. Interfiriendo en la resolución de problemas tanto académicos como sociales.

Referente a la inmadurez en la autorregulación del afecto/motivación y alerta, no mantienen la información sobre sus contingencias, unido a la dificultad para identificar los estados emocionales asociados a situaciones concretas. Por ello, existe una disminución de su capacidad para convertir sus emociones en motivaciones, para lograr objetivos específicos.

Finalmente, su menor capacidad de reconstitución, es decir la capacidad para captar las diversas conductas observadas y posteriormente reubicarlas para reestructurarlas en nuevas acciones. Interfiriendo en su capacidad para adaptarse en determinadas situaciones, en las cuales es necesario crear nuevas secuencias de conductas dirigidas a un fin concreto.

1.6. Epidemiología

Existe una gran disparidad de resultados obtenidos en las investigaciones epidemiológicas, así como contradicciones de los mismos, a causa de la heterogeneidad de las manifestaciones clínicas y a la imprecisa etiología del trastorno. Como también, por la utilización de los criterios clínicos para la realización del diagnóstico, a falta de la existencia de pruebas específicas (Mas, 2009).

En cuanto a la prevalencia del trastorno, debemos señalar la existencia de una amplia disparidad en sus tasas. Utilizando los criterios del DSM-IV (APA, 2002) la mayoría de los autores estiman la prevalencia global de los TDAH en sus diversas formas entre el 3-7%, aunque parece claro que existe un gran margen de variabilidad en función de la edad, el sexo,

el nivel sociocultural y los subtipos. En cambio, según los criterios del CIE-10 (OMS, 2007) la prevalencia es menor a la encontrada con criterios del DSM-IV (APA, 2002), oscila entre el 1 y el 2% (Lavigne y Romero, 2010). Mediante un estudio de metaanálisis que conjugó criterios del DSM y el CIE se mostró una prevalencia del 5,29% (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman, Rohde, 2007).

Los estudios clínicos que reportan índices de proporción del trastorno varones-mujeres, constatan que las mujeres están infradiagnosticadas, la proporción es de 9:1 en población clínica y 4:1 en población normal (APA, 2002; Quinn, 2005). Los autores puntualizan que dichas diferencias pueden deberse a la variada expresión de los síntomas entre los sexos, los niños tienen síntomas de actividad motora más marcados y las niñas tienen más probabilidad de desarrollar síntomas de inatención que no son tan visibles como los síntomas de hiperactividad (Biederman, Faraone, Monuteaux, Bober, Cadogen, 2004; Valdizán, Mercado, Mercado-Undanivia, 2007). Además, señalan que existen casos de adultos jóvenes que fueron diagnosticados de TDAH en el pasado, pero ya no cumplen con los criterios diagnósticos del trastorno. Sin embargo, mantienen diversos síntomas, por tanto, plantean la necesidad de concretar criterios diagnósticos específicos para edades concretas (Faraone, Biederman y Mick, 2006; Ramtekhar, Reiersen, Todorov, Todd, 2010). En relación a los subtipos del trastorno, se ha podido constatar que en los casos de un diagnóstico temprano de TDAH, subtipo hiperactivo-impulsivo, existe una menor probabilidad que en los casos de un diagnóstico del subtipo combinado de cumplir criterios diagnósticos del DSM-IV (APA, 2002) para TDAH a edades posteriores (Lahey, Pelham, Loney, Lee y Willcutt, 2005).

Respecto a la prevalencia de los subtipos de TDAH la mayoría de los autores coinciden en la mayor prevalencia del subtipo combinado (TDAH-C), seguido del predominantemente inatento y finalmente el subtipo hiperactivo impulsivo. En cuanto a la

prevalencia más alta en función de la edad, la establecen en el rango de edad de 6 a 9 años (Cardo y Servera, 2005).

1.7. Comorbilidad

La comorbilidad es la presencia concomitante de otras condiciones psicopatológicas. Actualmente, se admite que el TDAH “puro” es algo muy infrecuente, estimándose la comorbilidad en más del 60% de los casos (Díaz, 2006).

Los trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia acompañan al TDAH son el trastorno oposicional desafiante, trastorno del humor (depresión o enfermedad bipolar) y trastornos de ansiedad (Sebastian et al., 2010; Soutullo y Díez, 2007). Así como el trastorno disocial, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno relacionado con la ingesta de sustancias nocivas y los trastornos del sueño (Lavigne y Romero, 2010).

La prevalencia del TDAH con los trastornos de conducta se establece entre un 30-60% (Althoff, Rettew, Hudziak, 2003; Gul, Tiryaki, Kultur, Topbas y Ak, 2010; Presentación y Siegenthaler, 2005). Se trata de la comorbilidad que conlleva mayores repercusiones negativas, se ha destacado el mayor uso de drogas y alcohol (Artigas-Pallarés, 2003; Roy, 2008; Torok, Darke y Kaye, 2012). En los casos de adolescentes con un trastorno externalizante, se ha constatado que sufren la sintomatología de TDAH de forma más severa y viven en ambientes familiares que no pueden proporcionarles un apoyo adecuado en su desarrollo debido a factores socioeconómicos, insatisfacción con su vida, tensiones parentales y falta de interés por las actividades del adolescente (Hurtig et al., 2007). Han observado que los casos con un diagnóstico del subtipo combinado o predominantemente hiperactivo-impulsivo desarrollan mayores síntomas de hiperactividad-impulsividad, trastornos de conducta y trastorno oposicionista-desafiante que aquellos con un diagnóstico de subtipo inatento (Roselló, Pitarch y Abad, 2002).

Las cifras que se indican en la literatura en cuanto a la comorbilidad del TDAH con los trastornos internalizantes (trastornos depresivos y/o de ansiedad) oscilan entre el 20-40% de los casos (López, Serrano y Delgado, 2004). Concretamente, en relación a los trastornos depresivos la prevalencia se ha indicado entre un 15 y un 75% (Biederman, Newcorn y Sprich, 1991), y en los trastornos de ansiedad se ha estimado un 25 % de los casos (Biederman et al., 1991; Presentación y Siegenthaler, 2005; Schatz y Rostain, 2006). Los de mayor prevalencia dentro de los trastornos de ansiedad son la ansiedad de separación, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ansiedad generalizada (Díaz, 2006). Los trastornos de ansiedad han sido identificados con mayor frecuencia en los casos del subtipo de inatención (Bará- Jiménez, Vicuña, Pineda, Henao, 2003; Tzang, Chang y Liu, 2009).

Palacio et al. (2008) han señalado que a través de los estudios realizados se ha constatado que el riesgo de desarrollar un trastorno bipolar se incrementa 10 veces en los casos con diagnóstico de TDAH en comparación con el grupo control. Biederman et al. (2004) cifran entre el 17-19% la comorbilidad del trastorno bipolar y el TDAH.

En cuanto al patrón comórbido del TOC y TDAH se ha observado que conlleva mayores problemas de atención y conductas agresivas, y se presenta con mayor frecuencia en hombres (Vargas, Palacios, González, De la Peña, 2008).

Pedrero, Ruiz, Rojo, Llanero y Puerta (2011) identifican una prevalencia del 6,9 % de casos con trastornos adictivos que cumplen los criterios del DSM-IV-R (APA, 2002) para ser diagnosticados de TDAH. Estos autores justifican su menor porcentaje respecto a otros estudios aludiendo que en otros trabajos se incrementa la prevalencia al realizar los diagnósticos de TDAH sin atender a todos los criterios indicados en el manual diagnóstico, pudiendo manifestar sintomatología similar a la del TDAH pero detrás de los síntomas puede

escondese otra patología diferente con causas diversas. Exponen que el trastorno de ansiedad generalizado mostró una mayor relación que otros trastornos en los falsos positivos que se han producido en el diagnóstico de TDAH.

Otros trastornos menos frecuentes en niños con TDAH son los trastornos del aprendizaje y del desarrollo de la coordinación, trastorno de Guilles de la Tourette y trastornos del espectro autista (Soutullo y Diez, 2007).

En los casos de trastornos del aprendizaje se presenta en un 20% de las personas con diagnóstico de TDAH (APA, 2004).

En cuanto al trastorno de Guilles de la Tourette, se especifica que el TDAH se presenta en el 50% de los casos que cursan con este trastorno (APA, 2002), e inclusive otros autores apuntan que su presencia se muestra en más de la mitad de los sujetos (Amiri, Fakhari, Golmirzaei, Mohammadpoorasl, Abdi, 2012). En cambio, la mayoría de las personas con un diagnóstico de TDAH no presentan de forma concomitante un trastorno de la Tourette (APA, 2002).

Referente a los trastornos generalizados del desarrollo (TGD), Rodriguez (2009) indica que existe una alta prevalencia en la aparición concomitante del TGD y el TDAH. Sin embargo, el criterio de exclusión (criterio E) que especifica el DSM-IV-R (APA, 2002) descarta el diagnóstico del TDAH en aquellas personas que cumplen con síntomas de inatención o hiperactividad-impulsividad y con un trastorno generalizado del desarrollo.

La comorbilidad es más frecuente en el TDAH tipo combinado que en el inatento, y los niños suelen tener más problemas comorbidos que las niñas (Soutullo y Diez, 2007; Valdizán et al., 2007). Los pacientes con TDAH hiperactivo-impulsivo y combinado

presentan mayor severidad de los trastornos tanto internalizados como externalizados (Ulloa, Sánchez, Suceda y Ortiz, 2006).

Ciertas características aumentan la probabilidad de que aparezca comorbilidad y estas tienen que ver con el paciente (adolescente, edad avanzada del diagnóstico, bajo cociente intelectual, escaso nivel cultural y educativo, trastornos específicos del aprendizaje como trastorno en la lectoescritura y matemáticas), con el TDAH (subtipo combinado, inicio precoz, grave, de larga evolución, con agresividad) y con la presencia de antecedentes familiares (TDAH, trastorno bipolar y depresión). La comorbilidad suele ser una complicación del TDAH no detectada precozmente o no tratada de manera adecuada, por lo que es importante resaltar que el diagnóstico precoz y el inicio de un tratamiento disminuyen el riesgo de comorbilidad (Carricajo et al., 2009; San Sebastian, et al., 2010; Sushevskia, Olumchev, Saveska y Kadri, 2011). De este modo, se evita que la presencia de comorbilidad empeore la evolución de la sintomatología y beneficia el aumento de la calidad de vida de los afectados y sus familias (Garcia, et al., 2008; Klassen, Miller, Fine, 2004; Tallis, 2008).

Minde et al. (2003) sostienen que en los casos en los que un padre está afectado de TDAH, sus hijos con TDAH tienen más comorbilidad que en los casos en los que el padre no está diagnosticado.

1.8. Tratamientos actuales en sujetos con TDAH

Las diversas investigaciones que se han realizado en relación a la eficacia del tratamiento ponen de manifiesto que solo algunos procedimientos que se realizan en el ámbito del TDAH tienen apoyo empírico (Fernández y López, 2011).

Jarqué (2012) reseña que en la actualidad los únicos tratamientos validados empíricamente para el TDAH son la medicación con estimulantes, el entrenamiento a padres

y a maestros en técnicas de manejo conductual y cognitivo-conductual, y el entrenamiento de los niños en habilidades socio-emocionales. Además, se desprende de su estudio el aumento de las investigaciones sobre la eficacia de las intervenciones alternativas, probablemente debido al descontento de algunos investigadores con los tratamientos instaurados en la práctica que aún no han demostrado plenamente su eficacia.

La Guía NICE (2008) recomienda una serie de tratamientos en función de si el sujeto es un niño en edad preescolar o en edad escolar y adolescencia, como también, dependiendo de si su deterioro es moderado o severo. A continuación proporcionamos dicha información:

El tratamiento de primera línea para los casos de niños en edad preescolar son los programas grupales de formación/educación para progenitores o cuidadores. Cuando no es posible un programa grupal a causa de un número reducido de participantes, por dificultades concretas de la familia para acudir a las sesiones o en el caso de que sus necesidades sean demasiado complejas para que sean cubiertas en el programa, se recomienda la realización de programas individuales de formación/educación para progenitores. En estos casos no se recomienda utilizar tratamiento farmacológico. Según Ghuman, Arnold y Anthony (2008), los alumnos de preescolar son sensibles a los efectos adversos de la medicación y además, se desconoce si puede tener una repercusión en el desarrollo cerebral del niño.

Las fases formativas de habilidades dentro del programa deberán implicar tanto a los progenitores como a los propios niños. Los programas grupales e individuales de los progenitores se deben caracterizar por:

Tener una eficacia demostrada, basada en evidencias de estudios, mediante evaluaciones adecuadas y rigurosas. La estructura del mismo estará basada en los principios de la teoría del aprendizaje social. En la realización de los mismos se contemplarán estrategias que potencien las relaciones, mediante simulaciones durante las sesiones, que

deberán aplicar los progenitores en el entorno familiar para lograr la generalización de conductas nuevas. Uno de los principales objetivos es que los progenitores identifiquen sus propios objetivos como padres. El número óptimo de sesiones para lograr el máximo beneficio del programa se contempla entre 8 y 12.

Una vez finaliza el programa y se ha comprobado que ha sido eficaz para el tratamiento de los síntomas de TDAH y su deterioro, los profesionales revisarán si coexiste la presencia de alguna situación residual y valorarán la pertinencia de realizar un plan de tratamiento para dicha situación. Requerirá de una monitorización de la recurrencia de sintomatología de TDAH, así como el deterioro asociado a la misma, una vez inicie el periodo escolar. En cambio, si el programa no ha sido eficaz para el tratamiento de los síntomas de TDAH y su deterioro, los profesionales de atención secundaria deberán valorar la derivación a servicios terciarios.

Daley et al. (2009) apoyan la formación paternal como primer tratamiento en niños preescolares. Han revisado los resultados de las evaluaciones de tres intervenciones centradas en la formación a padre de aspectos relacionados con la crianza que han mostrado su eficacia en la reducción de la sintomatología de TDAH en preescolares. La intervención “New forest parent training package (NFPP)” ha mostrado su eficacia con muestra de niños con TDAH, y en el caso de la intervención “Incredible years parent training programme (IY)” y “The triple P positive parenting programme” solamente ha sido probada en el caso de niños con TDAH y comorbilidad en problemas de conducta.

Korzeniowsk y Ison (2008) soslayan la importancia de intervenir con los padres y los docentes utilizando estrategias psicoeducativas para el abordaje de los síntomas asociados al trastorno. Los resultados obtenidos en su estudio muestran que la intervención es efectiva. Los padres relatan una mejoría en la motivación, autonomía, en las relaciones familiares y en

las habilidades organizativas. Además, destacan una disminución en las conductas oposicionistas, inatención, agresividad y en las dificultades afectivas. En cuanto a los docentes, perciben una disminución de la inatención y una mejora en las habilidades organizativas, autoestima y en la relación profesor-alumno. Por lo tanto, se logra una mejora en la adaptación psicosocial del niño en lo que respecta al ámbito familiar y escolar.

En los casos de niños en edad escolar y adolescentes con TDAH y deterioro moderado, se considera como tratamiento de primera línea los programas grupales de formación/educación para progenitores. Pueden incluir a su vez, el tratamiento psicológico grupal (terapia cognitivo-conductual y/o entrenamiento en habilidades sociales) para niños pequeños. Cuando los niños son más mayores se recomienda el tratamiento psicológico individual, cuando el grupal no ha sido efectivo o inclusive ha sido rechazado. En los casos, en los que se ha rechazado las intervenciones no farmacológicas, o que mediante los programas e intervenciones psicológicas realizadas no se observa una disminución de los síntomas, se propone como otra opción posible el tratamiento farmacológico.

Posteriormente a un tratamiento eficaz se debe revisar al niño o adolescente para observar si existen problemas residuales como pueden ser la ansiedad, agresividad o dificultades de aprendizaje y elaborar planes de tratamiento para la existencia de otros trastornos coexistentes al TDAH.

Respecto al tratamiento de primera línea en los casos de niños en edad escolar y adolescentes con TDAH y deterioro severo, señalan el tratamiento farmacológico. En los casos en los que se rechaza la medicación, se recomienda una intervención psicológica. En cuanto a los padres se les deberá ofrecer un programa grupal de formación/educación para progenitores.

Para iniciar el tratamiento farmacológico el profesional sanitario cualificado deberá realizar una evaluación y un diagnóstico completo. A su vez, en los casos en los que un programa grupal de formación/educación para progenitores es efectivo, los profesionales tendrán que evaluar en el niño/adolescentes la existencia de patologías coexistentes, para posteriormente elaborar un plan de atención a largo plazo. Sin embargo, cuando dichos programas no son efectivos se ha de valorar la posibilidad de un tratamiento farmacológico o de otro tratamiento psicosocial (terapia cognitivo-conductual y/o entrenamiento en habilidades sociales).

En los casos en los que se determine pertinente la aplicación del tratamiento farmacológico, debe formar parte de un plan de tratamiento completo que incluya asesoramiento e intervenciones psicológicas, conductuales y educativas.

En cuanto al tratamiento farmacológico, a pesar de conocerse su eficacia en la evolución de la sintomatología del TDAH, especialmente se ha evidenciado con el metilfenidato y la atomoxetina, aún se desconocen los efectos a largo plazo (De Sousa y Kalra, 2012).

Además, los diagnósticos erróneos que se producen (Morrow, Garland, Wright, Maclure, Taylor y Darmuth, 2012) nos alertan sobre la necesidad de realizar diagnósticos más rigurosos y, a su vez, evitar proporcionar medicación en los casos en los que no se han probado otro tipo de intervenciones que no tienen efectos perjudiciales para la persona. Fulgenzi, Ortiz, Coppolillo, Massot y Thomas (2005) soslayan la importancia de evitar un enfoque reduccionista del sujeto, basado en un diagnóstico transversal, argumentando la relevancia de una visión longitudinal de su evolución.

2. Apego

2.1. Introducción

La teoría del apego es un paradigma psicoanalítico. Lo que es característico y único de esta teoría es su versatilidad, puesto que sirve de marco de referencia para diversas escuelas y formas de psicoterapia. La razón de dicha versatilidad es que muchos de los conceptos teóricos y datos que utiliza la teoría del apego provienen del campo de la investigación empírica, cuyas conclusiones están más basadas en la evidencia que en la experiencia clínica y la especulación conceptual (Marrone, 2008).

2.2. Origen y desarrollo de la teoría del apego

La teoría del apego fue formulada inicialmente por el psiquiatra y psicoanalista británico John Bowlby (1907-1990), fue una de las principales figuras del movimiento psicoanalítico inglés y un pionero de la psicoterapia de la relación entre padres e hijos. Atribuía una gran importancia a la realidad interpersonal y social en el desarrollo evolutivo del individuo (Marrone, 2008). En la primera fase del desarrollo del campo del apego, basándose en parte en observaciones de primates no humanos, fijó su atención sobre el concepto de un sistema conductual de apego que funciona para regular la seguridad del infante en los entornos en los cuales originalmente evolucionamos. Descrito por Bowlby en 1969, el apego es “un conjunto de pautas de conducta características, en parte programadas, que se desarrollan en el entorno corriente durante los primeros meses de vida y que tienen por objetivo mantener al niño en una proximidad más o menos estrecha con su figura materna”.

Hacia el final del primer año, esta conducta se organiza como un sistema y se vuelve activa cada vez que se dan ciertas condiciones en las que la seguridad del niño peligra de algún modo. Este conjunto de conductas tiene como finalidad la protección y un rasgo

importante es la intensidad de la emoción que la acompaña. La conducta de apego se alterna con la de exploración del medio, de manera que si la conducta de apego se activa el niño cesa temporalmente su conducta de exploración (Bowlby, 1989).

Los patrones de apego han demostrado ser flexibles en el primer tiempo pero luego se van estableciendo como formas estables de relación y crean las representaciones internas del apego o modelos operativos internos que suelen persistir hasta la edad adulta. A medida que el niño crece la pauta se convierte cada vez más en una característica del niño mismo, lo que significa que tiende a imponerla en las nuevas relaciones (Bowlby, 1989). Por tanto, influye a lo largo de su vida en la forma de interaccionar con las personas de su entorno.

Por tanto, los modelos operativos internos no son estructuras estáticas. Son muy estables, pero pueden cambiar y ser activados o desactivados en cualquier situación particular. Un niño puede formar múltiples modelos operativos internos del mismo padre, simplemente porque en la historia de la relación, la conducta de los padres y la subsiguiente interacción entre el niño y ellos puede haber cambiado. No obstante la definición de apego seguro o inseguro estará dada por la calidad predominante de estos modelos (Marrone, 2004).

Según Bowlby en 1973 “Cada individuo construye en su interior modelos operativos del mundo y de sí mismo y, con su ayuda, percibe los acontecimientos, prevee el futuro y construye sus planes. En el modelo operativo del mundo que cualquiera construye, una característica clave es su idea de quiénes son sus figuras de apego, dónde puede encontrarlas, y como puede esperar que responda. De forma similar, en el modelo operativo de sí mismo, una característica clave es la noción de cuán aceptable o inaceptable aparece ante los ojos de sus figuras de apego”.

En la segunda fase del desarrollo del campo del apego Mary Ainsworth realizó observaciones naturalistas intensivas de la interacción entre la madre y el infante (Ainsworth,

Velar, Waters y Wall, 1978). Por medio del desarrollo de un procedimiento de laboratorio denominado “la situación extraña” Mary Ainsworth clasificó la organización del apego al padre como seguro, evitativo, o resistente/ambivalente. Se estableció posteriormente la categoría de inseguro desorganizado (Main y Solomon, 1986) al observar que algunos niños no eran clasificables en ninguna de las categorías anteriores pero presentaban características en común. Un aspecto interesante de esta clasificación es que se basa en la expresión y regulación emocional, la calidad del apego se establece fundamentalmente dependiendo de cuán bien está la regulación emocional diádica al servicio de la exploración y el dominio (Sroufe, 2000). Si la figura de apego ante amenazas a la seguridad del vínculo ignora, rechaza o castiga los intentos de aproximación, entonces los comportamientos de apego no aseguran ni calman tal amenaza. La repetición de esta interacción defectuosa conduce a una organización defensiva, que se describe como patrones de apego inseguro (Lyons-Ruth, 2003). En cambio, ante una respuesta sensible y contingente del cuidador el niño desarrolla una confianza en cuanto a la disponibilidad de su figura de apego y de su capacidad para influir en la interacción que posibilita un apego seguro. Wallin (2012) clarifica que el concepto de disponibilidad no hace referencia exclusivamente a la posibilidad de acceder a la figura de apego, sino también a la necesidad de encontrar su receptividad emocional.

La tercera fase del desarrollo del campo del apego se abrió con “un movimiento hacia el nivel de la representación” (Fernández, 2001). El grado de claridad de pensamiento y la narrativa de una persona cuando se refiere a sus relaciones y a su historia vincular, refleja la organización de sus representaciones. Inclusive se ha señalado que podría correlacionarse el patrón organizativo de narración de la “historia” de su vida familiar temprana de un adulto en el momento actual de la entrevista, con la clasificación de su hijo en la Situación del Extraño (Siegel, 2007).

2.3. Clasificación y características de los apegos

Los niños seguros (denominado tipo B) despliegan conductas de reclamación al producirse la separación de su madre: La llaman, la siguen, se enfadan cuando abandona la habitación, y demandan el reencuentro. Cuando la madre vuelve se consuelan con facilidad, se quedan tranquilos y vuelven a jugar. Las principales características de sus reacciones también incluyen: Mayor habilidad para jugar y explorar el ambiente con alegría, seguridad y curiosidad, mayor capacidad para mostrar disgusto como una reacción apropiada a la separación y mayor capacidad para tranquilizarse. Además, en el estilo seguro existe baja ansiedad y evitación, seguridad en el apego, comodidad con la cercanía y con la interdependencia, y confianza en la búsqueda de apoyo y otros medios constructivos de afrontamiento al estrés (Mikulincer, Shaver y Pereg, 2003).

Los niños inseguros evitativos o indiferentes (denominado tipo A) reaccionan a la separación con muy pocos signos de protesta y no muestran claramente conductas de reclamación, siguen jugando aunque quizás con menos interés. Cuando la madre vuelve, evitan de forma activa el contacto con ésta y parecen estar más atentos a los objetos inanimados que a los sucesos interpersonales. Esta conducta se interpreta como el resultado de mecanismos de defensa. El niño se dirige a los objetos en lugar de a los seres humanos, oculta su disgusto y evita la proximidad, con el propósito de tener bajo control los sentimientos de necesidad que prevé no van a ser adecuadamente satisfechos. En el estilo evitativo no hay seguridad en el apego, se produce una autosuficiencia compulsiva y existe preferencia por una distancia emocional de los otros (Mikulincer et al., 2003).

Los niños inseguros ambivalentes, resistentes o ansiosos (denominado tipo C) reaccionan fuertemente a la separación. Cuando la madre regresa, estos niños buscan el reencuentro e intentan controlar activamente a la madre, pero al mismo tiempo se comportan

de manera agresiva y con rabia. No se calman con facilidad, tienden a llorar de una manera desconsolada y no retoman la actividad de exploración. Se aprecia alta intensidad y baja evitación, inseguridad en el apego, fuerte necesidad de cercanía, preocupaciones en cuanto a las relaciones y miedo a ser rechazado (Mikulincer et al., 2003).

Los niños inseguros desorganizados (denominado tipo D) reaccionan al reencuentro con su madre de una manera confusa y desorganizada, buscando e inmediatamente rechazando a la figura de apego. Este patrón de apego se ha encontrado con mayor frecuencia en poblaciones de niños de alto riesgo (tales como niños deprivados o sometidos a maltrato o abusos) y resulta predictivo de problemas de comportamiento en la infancia (Solomon, George y DeJong, 1995).

Los índices que señalan en la aplicación de la Situación Extraña para determinar la existencia de un apego desorganizado son la expresión secuenciada y también simultánea de patrones contradictorios de conducta; los movimientos y expresiones sin sentido, mal dirigidos, incompletos o interrumpidos; y los movimientos asimétricos, estereotipias y posturas anómalas. Se caracterizan también por la rigidez, inmovilidad y lentitud de expresiones y movimientos (Cantón y Cortés, 2000). Este conflicto en las tendencias conductuales durante la infancia anuncia el énfasis psicoanalítico en las formas internalizadas de conflicto durante el desarrollo posterior (Lyons-Ruth, 2003).

Son diversos los autores que han indicado tras sus estudios el porcentaje de niños que pueden encuadrarse en cada una de las categorías establecidas.

Berger (2007) señala que casi los dos tercios de todos los bebés evaluados con la prueba de la “situación extraña” presentaban apego seguro (tipo B). Alrededor de un tercio de todos los bebés son inseguros, y se muestran indiferentes (tipo A) o excesivamente ansiosos

(tipo C). Otro pequeño grupo (entre el 5 y el 10 por ciento), no pueden ubicarse en ninguna de estas categorías y se clasifican dentro del apego desorganizado o tipo D.

Siegel (2007) hace referencia en su libro al porcentaje de niños en cada clasificación del apego infantil en población no clínica. Entre el 55% y el 65% de los bebés tienen un apego seguro, del 20% al 30% se vinculan de modo evitativo, entre el 5% y el 15% muestran un apego resistente o ambivalente y del 20% al 40% se encuentran apegos desorganizados.

2.4. Influencia bidireccional entre la figura de apego y el bebé

Se han estudiado las interacciones que tienen los miembros de la pareja con su hijo para comunicarse con él. La sensibilidad del cuidador hacia las señales del bebé hace que se produzca una sintonización entre ambos y un alineamiento de los estados mentales o experiencias internas, produciéndose el “estado de resonancia mental” que conlleva una influencia mutua. Se ha constatado que cuando dichas interacciones comunicativas son contingentes se constituye un apego seguro, en cambio cuando las interacciones se caracterizan por no ser contingentes se observa que los apegos se organizan inseguros (Siegel, 2007). Pero, también debemos tener en cuenta que las características del bebé generan un impacto en la figura de apego y en las condiciones del contexto, es decir, existe una influencia bidireccional entre la figura de apego y el bebé que repercute en la formación del vínculo (Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffmann, 2011).

Siegel (2007), comenta que Schore indica que tanto los efectos de los vínculos de apego como los procesos de sintonización que llevan a cabo los progenitores repercuten en el córtex orbitofrontal. Esta parte del cerebro tiene un papel importante en la regulación del afecto, elabora los estados de activación en los diferentes tipos de experiencia emocional y facilita la regulación de la activación corporal. Por ello, el tipo de interacciones que tengan

los padres con sus hijos les ayudará a regular sus estados de mente y sus cambios en las emociones, es decir, contribuirán al desarrollo de su capacidad para autocontrolarse.

Destacamos a continuación los aspectos que caracterizan las interacciones de comunicación en función del tipo de apego inseguro (Siegel, 2007), así como las consecuencias que dichas interacciones tienen en el desarrollo de los hijos.

En el caso del apego evitativo o indiferente la comunicación y los estados mentales del progenitor son incoherentes con los del niño. Los progenitores se muestran emocionalmente indisponibles con conductas de olvido y rechazo hacia sus hijos, por ello no perciben las necesidades de sus hijos y no son capaces de satisfacerlas (Siegel, 2007). Estas conductas indisponibles se deben a que los padres no dan valor a las relaciones afectivas (Lafuente y Cantero, 2010).

Dantagnan (2005) informa que los niños con este apego al no ver satisfechas sus necesidades, intentan obviar sus propias emociones y afectos, llegando a modificar sus propias vivencias internas. Desarrollan una pseudoseguridad para protegerse del rechazo y del temor al abandono. Esta organización de su sistema de apego conlleva una enajenación de sí mismo y de los otros, que le impide tener un desarrollo de relaciones cercanas confiable. Provocando a su vez grandes dificultades en el control y manejo de la rabia y de las situaciones que le producen frustración. Destaca en la edad preescolar que serán niños con facilidad para concentrarse en las tareas que requieren poca interacción social, sin embargo en el nivel de sociabilidad pueden manifestar dificultades de relación con sus pares. En el periodo de la adolescencia debido a la evitación de la afectividad pueden llegar a excluir de la conciencia los contenidos históricos cargados afectivamente, como también a presentar respuestas disociativas en relaciones que impliquen expresar emociones; cuando se cronifican pueden llegar a transformarse en trastornos disociativos.

En el apego ambivalente, resistente o ansioso la comunicación es percibida por el niño como incoherentemente contingente, los estados mentales de los progenitores interfieren con la habilidad de percibir con coherencia y precisión los estados mentales de sus hijos, por ello a veces los progenitores son intrusivos (invasiones emocionales en el estado de mente) y en otras ocasiones logran el alineamiento de sus estados mentales (Siegel, 2007).

Dantagnan (2005) señala que estos niños desarrollan sentimientos de ambivalencia ante las figuras de apego porque sus necesidades afectivas no logran ser satisfechas, a causa de que los padres no consiguen ofrecer a sus hijos disponibilidad emocional e implicación; puesto que los cuidados que los padres proporcionan a sus hijos se caracterizan por ser inconsistentes e impredecibles tanto en intensidad como en el contenido emocional. Estas interacciones entre la figura de apego y el bebé hacen que el bebé sienta que nada de lo que hace logra controlar el entorno, en concreto, la respuesta de su madre; generando en el bebé una intensa ansiedad. El bebé aumentará sus conductas de apego, de tal forma que provocará una reacción en la figura de apego tardía pero que le proporcionará un sentido de seguridad y de alivio de su angustia.

La incoherencia que vive el bebé entre lo que hace él y la conducta de la madre, conllevará dificultades en el desarrollo de los procesos cognitivos, destacando sobre todo los aspectos relacionados con el terreno social y afectivo.

A partir de los 3-4 años estos niños desarrollan estrategias coercitivas o conductas de indefensión para conseguir que la figura de apego se involucre el máximo tiempo posible. A nivel escolar, son niños que tendrán un rendimiento del aprendizaje pobre y con bajos niveles de concentración. Por ello, es habitual que en estos casos aparezcan niños con fracaso escolar, trastornos del aprendizaje, trastornos de déficit de atención y de hiperactividad. A nivel social, tendrán dificultades para ser aceptados por el grupo de pares, puesto que son

niños con una gran preocupación por sentirse aceptados y reconocidos por los otros, que conlleva grandes conflictos relacionados con los celos, posesión y deseos de exclusividad. En el periodo de la adolescencia tienen grandes dificultades para saber cómo mantener una relación y disfrutar de ella. Con sus pares la relación se vuelve negativa, con sentimientos de inseguridad, rabia y frustración. Las conductas agresivas se caracterizan por su impulsividad y su dificultad para controlarse.

Por último, en el apego desorganizado la comunicación se caracteriza por el envío de mensajes que le crean al niño un estado interno de caos y miedos insuperables. Debido a que los progenitores muestran una conducta atemorizada, disociada o desorientada, y por lo tanto no son fuente de tranquilidad y seguridad para sus hijos (Siegel, 2007).

Dantagnan (2005) hace la distinción entre el apego evitativo y el apego ansioso-ambivalente con el desorganizado. Los dos primeros, organizan su forma de interaccionar con su figura de apego para lograr una cercanía, en cambio los niños con apego desorganizado no son capaces de organizarse para responder de una forma regular y particular hacia sus figuras de apego. Los padres con niños con este apego han vivido experiencias traumáticas severas (víctimas de malos tratos, abusos sexuales, negligencias graves...), o pérdidas múltiples no elaboradas en su propia infancia; que conllevan estilos parentales incompetentes y patológicos. Los modelos relacionales de los padres hacia el hijo se caracterizan por su insensibilidad y violencia, los cuales conducen a que sus hijos se representen a sí mismos como indignos y malos, además de percibir a los otros como abusadores e inaccesibles. Sus vivencias traumáticas son almacenadas en la memoria implícita, estas vivencias hacen que tengan expectativas negativas del presente e imposibilitan a su vez, que pueda explicarlo mediante la palabra. A destacar las conductas de estos niños para controlar el ambiente, en concreto sobre la relación con las figuras de apego, manifestándose mediante comportamientos violentos o de complacencia y cuidado hacia los otros.

En el contexto escolar, tienen grandes dificultades para respetar las normas del aula y concentrarse en la tarea. Socialmente suelen padecer trastornos del comportamiento, depresivos, límite de la personalidad, y especialmente las niñas pueden desarrollar conductas antisociales no violentas (robos, mentiras...). Inclusive las chicas y los chicos pueden presentar comportamientos de excesiva inhibición, aislamiento y rechazo. Tanto el trastorno por déficit de atención como el trastorno por hiperactividad están presentes en estos niños, porque están en un constante estado de hipervigilancia. Si no priorizamos la intervención, en el periodo de la adolescencia las características identificadas en la niñez continúan afianzándose en este periodo de extrema vulnerabilidad.

Existen dos grandes grupos de apego desorganizado y dentro de cada uno de ellos, encontramos diversos subgrupos. Estos dos grupos son el apego desorganizado controlador y el apego desorganizado desapegado.

Dentro del apego desorganizado controlador encontramos tres estilos de comportamiento: Punitivo agresivo, cuidador compulsivo y complaciente compulsivo.

Lo que caracteriza al estilo punitivo agresivo es el control de la relación con su figura de apego y más adelante con otras personas, mediante conductas que castigan, avergüenzan y agreden.

Los niños con un estilo de cuidador compulsivo se hacen cargo de sus padres, es decir, no solicitan las atenciones sino que se las proporcionan sus hijos a los padres para satisfacerlos y de este modo lograr una cercanía con los mismos. Muestran conductas de inhibición de sus afectos negativos y conductas exageradamente afectuosas hacia sus cuidadores.

El niño con un estilo complaciente compulsivo busca constantemente complacer a sus cuidadores y otros adultos, sacrificando inclusive sus propias necesidades afectivas.

En el apego desorganizado desapegado encontramos dos estilos de comportamiento: Desinhibido o Inhibido.

Los niños con un estilo desinhibido se caracterizan por mostrar afectos confusos y pocos criterios frente a los extraños. Muestran daño en su desarrollo en tres áreas: Relaciones interpersonales, control de impulsos y regulación de la agresión.

Los niños con un estilo inhibido se muestran pasivos e hipervigilantes con sus padres y otros adultos, se repliegan en sí mismos y no muestran placer en las interacciones sociales.

En cambio una base segura en la figura de apego se caracteriza por los siguientes aspectos:

- Empatía, la capacidad de entender y conceptualizar lo que siente el niño en cada momento.
- Sensibilidad hacia las diferentes señales del niño.
- La capacidad para responder adecuadamente (responsividad) a las necesidades del niño.
- Disponibilidad hacia el niño en cada situación que lo requiera.
- La capacidad de dar valor al respaldo emocional en cada conducta desarrollada.

Kilman, Vendemia, Parnell, Urbaniak (2009) indican que los hijos de padres con un modelo de apego seguro tienen una mayor probabilidad de desarrollar apegos seguros, en cambio los hijos de padres inseguros o que uno de los padres es inseguro, tienen una mayor probabilidad de desarrollar un apego inseguro. Además, constatan que los padres con apego seguro obtienen mayores puntuaciones que los padres con apego inseguro en aceptación de

sus hijos frente a rechazo, conocimiento, calidad de mando y conductas eficientes en la crianza de sus hijos. Inclusive, se muestran más consistentes en mostrarles amor y afecto.

Respecto a las características del bebé que generan un impacto en la figura de apego y en las condiciones del contexto se han estudiado el temperamento, la prematuridad y la existencia de una discapacidad física o psíquica, y se ha comprobado que las interacciones con las figuras de apego pueden verse afectadas (Lafuente y Cantero, 2010).

En el caso del temperamento, se ha observado una relación con el apego de los bebés hacia los cuidadores. Los bebés exhiben de forma no verbal diferentes niveles de emoción. En función del nivel de expresividad del bebé, los padres podrán decodificar en mayor o menor medida las necesidades de su hijo. Los bebés más expresivos proporcionan a los padres señales más discernibles que facilitan una respuesta más adecuada (Feldman, 2007). Pero, debemos tener en cuenta que un mismo temperamento puede tener diferentes formas de expresión en función de las características de los contextos en los que se desarrolla el niño (Castells, 2008).

En cuanto a la prematuridad, los autores destacan la vulnerabilidad del prematuro. Influye en la competencia del recién nacido y posteriormente en su desarrollo. La fragilidad de las interacciones madre-hijo ocasiona los problemas en el establecimiento del vínculo y la crianza (Marcelli, 2007).

2.5. Las etapas de formación del vínculo

La formación del vínculo afectivo comienza en la vida prenatal entre la madre y su hijo. Se configura una relación bioafectiva o biopsicológica en la medida en la que se produce un intercambio entre ambos organismos en las situaciones biológicas (aporte de nutrientes para el desarrollo del feto a través de la placenta y la sangre) y psíquicas (alteraciones

emocionales). Por medio de los sistemas neurohormonales la madre y el neonato establecen un diálogo emocional. Los pensamientos y las acciones de la madre que se originan en la corteza cerebral se convierten en emociones por el hipotálamo, esto supone efectos biológicos puesto que las emociones llevan aparejadas secreciones hormonales que se transmiten al feto por medio de la placenta. El embrión en la 6-7 semana de gestación comienzan a desarrollar los sistemas sensoriales diferenciados y puede percibir y reaccionar a los estímulos maternos (Fernández, 2005).

Respecto a la cronología de la formación del modelo operativo podemos señalar que es a partir del final del primer año cuando surgen las expectativas sociales sobre los atributos de los cuidadores. A partir de los tres años, los niños empiezan a retener en la memoria a largo plazo los sucesos que van ocurriendo, convirtiéndose en recuerdos de las experiencias relacionadas con el apego. A los cuatro años los niños tomarán conciencia de sus propias conductas y posteriormente desarrollarán el conocimiento y la comprensión de la conducta que llevan a cabo otras personas (Lafuente y Cantero, 2010).

En el proceso de formación y desarrollo del vínculo afectivo se han identificado las siguientes etapas (Cantero, Pérez, González y Navarro, 2011; Lafuente y Cantero, 2010):

En la primera etapa denominada preapego o sensibilidad social indiscriminada que se produce entre el nacimiento y los dos o tres primeros meses, el recién nacido posee una gran variedad de conductas de apego (sonreír, llorar, vocalizar...) que van a posibilitar captar la atención de los adultos que le rodean. Estas conductas unido a la sensibilidad y la emisión de las respuestas de la figura de apego ayudarán a que se establezca los patrones de interacción entre el recién nacido y la figura de apego. En este periodo el recién nacido está desarrollado sus capacidades perceptivas, diferencia entre los estímulos sociales y no sociales, pero aún no distingue entre la figura de apego y los extraños.

En la segunda etapa, nombrada sensibilidad social diferenciada, apego en formación o discriminación entre personas familiares y desconocidas que se origina entre los tres meses y seis meses, existe una mayor maduración y por tanto, su sensibilidad para las relaciones sociales es más óptima, mostrándose más activo en las interacciones. Se observa que presta una mayor atención a las personas de su contexto familiar, pero aún no rechaza a los desconocidos.

En la tercera etapa, designada apego definido entre los seis y los doce meses, el infante se encuentra apegado a una persona específica, manifiesta conductas de preferencia, y muestra miedo, rechazo a los desconocidos. Además, en este periodo tiene modelos operativos internos respecto de sí mismo y de su figura de apego.

En la cuarta etapa, señalada como apegos múltiples y conducta de asociación madre-hijo con corrección de metas se produce entre los 13 y los 36 meses. Durante el segundo y parte del tercer año se producen modificaciones en las conductas de apego, y hay un incremento de apegos hacia otros familiares. Además, es capaz de ver las cosas desde la perspectiva de su figura de apego, ayudándole a inferir los sentimientos, motivaciones que guían su conducta, y a eliminar el egocentrismo inicial.

Existen dos fases dentro de la cuarta fase, para la adquisición de la conducta de emparejamiento o asociación madre-hijo con meta corregida. Una sería la emergente, en la cual es capaz de introducir en sus propios planes las metas de la madre. Y la segunda fase de asociación de meta corregida, cuando es capaz de realizar operaciones mentales sobre las metas y planes de sí mismo y de los demás.

2.6. Aplicaciones Clínicas de la Teoría del Apego

Las interacciones que se crean entre el niño y su cuidador van a influir en su desarrollo posterior, concretamente sobre el funcionamiento social y emocional (Greenspan, 2007; Wilson, 2009). Los modelos mentales de relación tienen repercusiones sobre la calidad del apego a nivel emocional, cognitivo y comportamental.

A nivel emocional, los modelos influyen en los sentimientos que experimenta el sujeto ante una situación particular. Los sentimientos pueden ser positivos (confianza, bienestar...) o negativos (desconfianza, ansiedad...). En la medida en la que el sujeto posea un modelo mental positivo sus expresiones emocionales se caracterizarán por ser más adaptativas, siendo capaz de autorregularse, mostrándose reflexivo y abierto hacia la expresión de sus emociones. En cambio un sujeto con un modelo mental negativo se caracterizará por una postura defensiva ante la expresión de las emociones, dificultando su adecuada adaptación (Lafuente y Cantero, 2010).

A nivel cognitivo, los modelos repercuten en el proceso de la información. Los sujetos con un modelo negativo realizan sesgos en la codificación y recuperación del recuerdo, porque prestan atención a determinados aspectos de un estímulo en detrimento de otros; y finalmente repercute en el proceso de explicación.

En cuanto al nivel comportamental, implica el tipo de conducta e intensidad que lleva a cabo. En el caso de un sujeto con un modelo positivo podrá activar y desactivar su conducta en un lugar y momento adecuado, así como la intensidad de la misma será la apropiada; en cambio un sujeto con un modelo negativo no es capaz de controlar sus conductas y la intensidad será desmedida ante las situaciones (Lafuente y Cantero, 2010).

En la literatura se han documentado relaciones entre estilos de apego y psicopatología (González y Méndez, 2006; Lyons-Ruth, 2003; Riggs y Jacobvitz, 2002; Soares y Dias, 2007), cuando se han tenido experiencias con sus figuras de apego en las que se sintió respondido con empatía, tacto y constancia, ha de desarrollar un sistema representacional de carácter positivo o seguro y capacidades óptimas de reflexión y regulación afectiva, dichas capacidades sientan las bases de la resiliencia que ayuda a mantener un grado óptimo de estabilidad ante las inevitables adversidades de la vida. Por el contrario, lo opuesto a la resiliencia es la vulnerabilidad, que es un estado de desprotección interna que pueden dar lugar a la formación de síntomas y estructuras patológicas (Marrone, 2008).

Se constata a raíz de los avances de la neurociencia que las experiencias de la vida modelan el funcionamiento de la mente, puesto que son cruciales para el crecimiento neuronal del cerebro en desarrollo (Siegel, 2007). Cuantas más ricas logren ser las experiencias de interacción, más crecerán los neurotransmisores y más complejo será el entramado cerebral (Geddes, 2010).

Son diversas las investigaciones que constatan que el apego seguro se asocia a menores síntomas de ansiedad, depresión y hostilidad, así como a niveles óptimos de bienestar (Muris, Mayer y Meesters, 2000; Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006). En cambio, el apego inseguro se asocia a problemas de atención, regulación de la emoción y control de los impulsos conductuales (Siegel, 2007); concretamente el apego desorganizado se ha asociado con síntomas depresivos, ansiedad y problemas de atención (Borelli, David, Crowley y Mayes, 2010).

2.7. Estudios que han relacionado el TDAH con el apego

Actualmente, son escasas las investigaciones que se han centrado en el estudio de las representaciones vinculares en los casos de diagnóstico de TDAH. Sin embargo, los datos que se conocen confirman la existencia de una asociación entre TDAH y trastornos del vínculo. Las investigaciones concluyen que tanto las madres como sus hijos presentan mayores niveles de un estilo de apego inseguro que lo hallado en población no clínica (Clarke et al., 2002; García y Ibáñez, 2007; Green et al., 2007; Kissgen et al., 2009). Y en cuanto a población clínica, han evidenciado mayores interrupciones en las relaciones de apego en niños TDAH que las encontradas en muestra clínica que no cumple los criterios para este diagnóstico (Conway, Oster y Szymanski, 2011).

Los investigadores constatan en sus investigaciones que tener un vínculo seguro favorece el desarrollo de competencias en donde los TDAH tienen dificultades, algunas de estas competencias son la atención sostenida (Fonagy y Target, 2002), persistencia en la resolución de los objetivos a cumplir en una tarea (Matas, Arend y Sroufe, 1978), demora de la recompensa (Jacobsen, Huss, Fendrich, Kruesi y Ziegenhain, 1997), habilidades de autorregulación de los afectos y de sus conductas (Cassidy, 1994; Marrone, 2008; Troisi, Dargenio, Peracchio y Petti, 2001), capacidad para regular el estrés, y en la función reflexiva o mentalizadora (Conway et al., 2011; Fonagy y Target, 2002; Rosnay y Harris, 2002).

Por tanto, la intervención en el fomento de un apego seguro en los casos de TDAH puede ayudar al desarrollo de las competencias anteriormente señaladas, como también contribuye a evitar que se agrave la sintomatología. Se ha observado que los niños con TDAH que a su vez cuentan con un apego seguro consiguen un mejor desarrollo a nivel cognitivo y afectivo. Concretamente, se especifican mejores resultados en la regulación y

expresión de los afectos, así como una mayor capacidad de simbolización y elaboración cognitiva de las situaciones (García y Ibáñez, 2007).

Respecto al apego de las madres, se confirma la existencia de un mayor predominio de apego inseguro de las madres con niños que han desarrollado síntomas graves de TDAH, frente a los casos de madres que tienen niños con síntomas TDAH que no requieren un tratamiento clínico debido a que la sintomatología es leve, y en el caso de madres sin niños con diagnóstico de TDAH (Kissgen et al., 2009). Se ha concluido que el patrón de apego más frecuente en madres con un hijo TDAH es de tipo ansioso-preocupado, este tipo de apego conlleva que la madre se sienta desbordada emocionalmente y pierdan el control en la relación con su hijo. También, aunque en una menor frecuencia, se identifican algunas madres con un apego evitativo, este apego comporta un aislamiento emocional que imposibilita proporcionar seguridad a su hijo. En ambos casos, el apego ansioso-preocupado y evitativo, interfiere en el establecimiento de una base segura (García y Ibáñez, 2007). Además, se ha demostrado que los adultos con un apego inseguro tienen una mayor probabilidad de tener niños que desarrollen un apego inseguro frente a los adultos con un apego seguro (Lanza, 2011), especialmente si se asocia a un trastorno psiquiátrico en la persona adulta (Trallero, 2005).

Diversas investigaciones han estudiado los mecanismos que posibilitan una transmisión intergeneracional de los patrones de apego. La intersubjetividad que se establecen en la diada madre-hijo ha adquirido una relevancia central en este ámbito, concretamente el concepto de la mentalización. Sin embargo, los autores señalan la necesidad seguir investigando para llegar a conclusiones más rigurosas (Galán, 2010). Se apunta hacia la necesidad de considerar la relación entre los modelos de apego y los problemas dentro del proceso sistémico de la familia (Dallos y Smart, 2010).

Referente al tipo de apego que se observa en el colectivo de TDAH, se identifican dos patrones de apego que son más relevantes, el ambivalente y el desorganizado (Clarke et al., 2002; Green et al., 2007; Stiefel, 1997). Inclusive, en función del subtipo del TDAH se constatan diferencias en el tipo de apego. Finzi et al., (2006) señalan que los niños diagnosticados del tipo predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado obtienen mayores puntuaciones que los niños diagnosticados del tipo predominantemente inatento en vínculo inseguro del tipo ambivalente o evitativo.

Kemph y Voeller (2007) apuntan que el trastorno del vínculo se ha considerado una explicación de los problemas conductuales severos en niños y adolescentes. La privación del cuidado materno o una relación padre-hijo disfuncional causa secuelas a nivel emocional y neurocognitivo. Señalan que el trastorno del vínculo conlleva una disfunción del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA) que interfiere en la regulación emocional.

A continuación exponemos los motivos que han sido reseñados en relación a la desregulación de este eje para centrar la atención sobre la relevancia del estrés y la depresión en el desarrollo de las alteraciones que implican áreas cerebrales relacionadas con el TDAH.

Cid Foix (2011) en el estudio de las consecuencias del estrés prenatal y postnatal ha concluido que el estrés vivenciado en un periodo sensitivo del desarrollo puede cambiar la estructura y las funciones de las áreas cerebrales ocasionando alteraciones en el desarrollo del neonato. Se ha observado que la madres que experimentan estrés y depresión durante el embarazo se exponen a una mayor producción de glucocorticoides, asociándose con el desarrollo de alteraciones neurológicas, cognitivas y de la conducta en el desarrollo infantil. Posteriormente, los cuidados, las interacciones entre padres e hijos y el estado psicológico de la madre también influyen en la actividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA) del niño. El estrés de la madre desencadena una activación del eje HPA produciendo un aumento

de glucocorticoides por las glándulas adrenales, una parte de los glucocorticoides llega al feto por medio de la placenta y se produce un aumento de la actividad del eje HPA fetal. Este proceso puede conllevar alteraciones en el desarrollo de las regiones cerebrales que tienen la función de regular este eje. Las áreas que se han visto afectadas son el hipocampo, el córtex prefrontal y la amígdala.

En los estudios con muestra clínica de TDAH se ha podido constatar que las variables que han sido expuestas como causa de la alteración del sistema HPA se han relacionado con este trastorno.

En relación al estrés se ha observado que las madres de niños TDAH han estado expuestas a mayores niveles de estrés durante el embarazo (Grinzenko et al., 2012). Y durante la crianza los padres expresan que el cuidado de un niño con este trastorno conlleva altas exigencias que implican elevados niveles de estrés (Peters y Jackson, 2008; Tzang et al., 2009). Actualmente, se cuestiona si el estrés puede ser el motivo de la historia familiar de ansiedad que se ha observado en este colectivo (Garcia et al., 2008). Además, se ha encontrado una mayor frecuencia de acontecimientos de vida adversos que conllevan una tensión crónica, se relatan episodios de violencia en casa y abuso de sustancia por parte del padre. Por tanto, los autores exponen que dichas situaciones adversas durante la infancia no pueden ser consideradas de forma aislada a la sintomatología del trastorno (Conway et al., 2011). Se ha comprobado la existencia de mayores niveles de angustia en el cuidador principal de niños con TDAH, inclusive la angustia permanece en los casos en los que los afectados reciben un tratamiento. Se ha probado que los niveles de angustia varían en función de los comportamientos del niño a lo largo del día, así como se constata una moderación en la asociación dependiendo de determinados factores del cuidador (altos niveles de TDAH, síntomas depresivos y cogniciones respecto a los problemas de su hijo y su impacto en la calidad de vida de la familia) que les hacen más vulnerables a las variaciones del

comportamiento de su hijo (Whalen, Odgers, Reed y Henker, 2011). Además, los síntomas de TDAH de la madre correlacionan con síntomas de angustia psicológica (Watkins y Mash, 2009).

En cuanto a la depresión, son diversos los autores que han manifestado la existencia de una relación positiva entre la tensión vivida por la madre en el seno familiar a causa de las dificultades en la crianza de los hijos y depresión (Kashdan et al., 2004). Además, cuanto más pequeño es el niño en el periodo de la depresión de la madre, mayores probabilidades existen para que determinadas características y funciones psicológicas queden afectadas. Entre ellas, se ha destacado las relacionadas con el proceso de la vinculación socio-afectiva (Trallero, 2005), debido a que conlleva un mayor riesgo de que se vea afectada la calidad y diversidad de las aportaciones afectivas y también, la flexibilidad y fluidez en las interacciones (Marcelli, 2007).

En la interacción entre padres e hijos, tanto en las familias con hijos con diagnóstico de TDAH como en los casos con hijos con apego inseguro, se observa en comparación con población no clínica una menor respuesta de los padres a las señales provenientes del infante, y sus respuestas se caracterizan por ser negativas-intrusivas, impositivas y controladoras. Además, son menos afectuosos y su estilo educativo es más negligente, conllevando una menor utilización de las estrategias de parentalidad positiva (Danforth et al., 1991; Goldstein et al., 2007; Lyons-Ruth, 2003; Raya et al., 2008). Además, la percepción de los padres respecto a las interacciones establecidas con sus hijos son más negativas que las de los padres con hijos que no cursan con esta sintomatología (Gerdes, Hoza y Pelham, 2003; Miranda, Presentación, Colomer y Roselló, 2011).

En relación a la influencia negativa que causa la privación materna en el niño, Mediavilla-García (2003) señala que esta privación de la madre puede estar relacionada con

la presentación de los síntomas del TDAH y con los beneficios obtenidos del tratamiento farmacológico. Desde la escuela de medicina de Yale se ha realizado un estudio con ratones en el cual han podido encontrar una asociación entre la separación precoz de sus madres y la sintomatología de hiperactividad. Los ratones fueron sometidos a una separación materna de cuatro horas al día del segundo al quinto día tras su nacimiento, y ocho horas diarias del sexto al dieciseisavo día. Posteriormente, se las desteto el día diecisieteavo. A continuación realizaron unas pruebas de campo abierto, natación forzada y laberintos en las que pudieron observar que los ratones que habían sufrido la angustia de separación se mostraban hiperactivos y ansiosos en comparación con el grupo control. Inclusive realizaron un control del peso corporal y los niveles de metabolitos para poder asegurar que no estaba influyendo una deficiencia nutricional en su comportamiento (George, Bordner, Elwafi y Simen, 2010).

Kemph y Voeller (2007) plantean que la genética del niño influye en la respuesta a los ambientes patógenos, es decir, existen niños más vulnerables ante las adversidades de la vida. Crittenden y Kulbotten (2007) detallan que diversos autores han confirmado por medio de diferentes estudios la relación entre apego y el gen receptor a dopamina D4 (DRD4), siendo este también relacionado con el TDAH (Lakatos, Toth, Nemoda, Key, Sasvari-Szekely, Gervai, 2000; Aguirre-Samudio y Nicolini, 2005). Por tanto, se confirma una posible interacción entre la vulnerabilidad genética y las experiencias de apego, considerando que el apego puede ser un componente necesario en la etiología del TDAH.

Erdman (1998) bajo su experiencia clínica señala que existen similitudes en el comportamiento que observa en niños que son llevados a terapia por comportamientos de TDAH y en los casos en los que las reacciones conductuales de los niños se deben a una relación insegura con su figura de apego. Por ello, sugiere la necesidad de observar la dinámica de la familia y las interacciones que se producen entre sus miembros para valorar el contexto en donde se desarrollan los comportamientos inadecuados. En el caso de que dicho

comportamiento pueda ser explicado por la teoría del apego, la intervención se deberá centrar en reexaminar el papel de los padres en los modelos de comportamiento existentes para comenzar a reparar los mismos. Cornella (2011) soslaya la necesidad de diferenciar entre el TDAH y otras patologías, en relación al trastorno de la vinculación afectiva señala que han podido objetivar que los síntomas de déficit de atención e hiperactividad se corresponden con los síntomas propios de una vinculación afectiva no construida en el primer año.

Actualmente, no existe ninguna prueba clínica, ni de laboratorio fiable para distinguir entre el TDAH y otras patologías que cumplen con sintomatología similar. Los profesionales realizan el diagnóstico mediante el DSM-IV (APA, 2002), basando el diagnósticos en la presencia de rasgos clínicos (Halasz y Vance, 2002); conllevando que puedan darse diagnósticos erróneos al diagnosticar a los pacientes teniendo en cuenta simplemente la expresividad de la sintomatología.

2.8. Intervención en apego

La literatura sobre la intervención en apego puntualiza que existen diferentes intervenciones en función del objetivo que se persigue en la misma. Determinadas intervenciones se dirigen al desarrollo de un apego sano que son aquellas que tienen un matiz preventivo; otras se enfocan hacia la mejora del estilo de apego que tiene un sujeto en un momento determinado, esta intervención tendría un enfoque de tratamiento para evitar las consecuencias de dicho estilo. Finalmente, la intervención sobre las consecuencias que pueden existir asociadas al desarrollo de un determinado estilo de apego, en donde el enfoque sería reparatorio. Referente a quien va dirigida la intervención, puede focalizarse en los niños, sus padres o en ambos.

Gómez, Muñoz y Santelices (2008) señalan que pueden diferenciarse tres líneas de intervención en relación a los programas para desarrollar un apego seguro o mejorar el estilo

de apego que tiene el sujeto. Las intervenciones dirigidas a estimular la sensibilidad o responsividad conductual de los padres; programas que se focalizan en las representaciones mentales de apego o modelos operativos internos de los padres; y finalmente las intervenciones que estimulan o proveen de apoyos sociales a los padres.

A pesar de que determinados autores han constatado que las intervenciones más efectivas han sido las focalizadas sólo en intervenir en la sensibilidad parental, puesto que diversas investigaciones han revelado que es una variable central para el desarrollo de un apego seguro (Gómez et al., 2008); otra serie de autores consideran que las intervenciones debieran centrarse en el desarrollo de la función reflexiva de los cuidadores para ayudarles a pensar en sus conductas, dando mayor énfasis a la reflexión de sus conductas que al desarrollo de habilidades parentales (Besoain y Santelices, 2009; Hoffman, Marvin, Cooper y Powell, 2006). Inclusive se realizó un metaanálisis sobre las relaciones entre los antecedentes parentales y la seguridad que se establecía entre la figura de apego y el bebé, y solamente se consiguió demostrar una asociación mediana entre la sensibilidad materna y el apego seguro. Por lo tanto, se vislumbra que a pesar de la importancia de la sensibilidad de los padres para el fomento del apego seguro, existen otra serie de factores que explican la formación de un apego seguro (Wolff e Ijzendoorn, 1997).

Las intervenciones dirigidas a estimular la sensibilidad (contemplando la sincronía, mutualidad y apoyo emocional) de los padres buscan enseñar habilidades observacionales para conseguir que sean mejores receptores de las señales de sus hijos, e intentan modelar las conductas de los padres reforzando aquellas que son sensibles y responsivas hacia sus hijos; mediante video-feedback y técnicas psicoeducativas. Los programas que se focalizan en las representaciones mentales de apego o modelos operativos internos de los padres buscan que sean conscientes de las implicaciones que tienen sus historias de apego temprano en el

desarrollo de un determinado estilo de apego en su hijo, y se realizan mediante discusiones acerca de su historia vincular.

A continuación destacamos aquellas intervenciones que se han desarrollado bajo la modalidad de psicoterapia:

La psicoterapia infante-cuidador (infant-parent psychoterapy, IPP) busca reducir la parentalidad disfuncional mediante el cambio de las representaciones mentales parentales de sus propios apegos.

La interacción guiada (interaction guidance, IG) está fundamentada en la teoría del apego y el enfoque clínico sistémico. Se realizan sesiones de juego familiar, sesiones de exposición y discusión con los padres de las secuencias grabadas en el juego, para fomentar una mayor comprensión del hijo y de sus propias competencias como padres para el establecimiento de un vínculo seguro.

La terapia de interacción padre-hijo (parent-child interaction therapy, PCIT) está basada en la psicoeducación. Se realiza coaching en vivo y organiza tareas para casa. El terapeuta ayuda a los padres a desarrollar competencias parentales específicas para evitar las conductas disfuncionales con su hijo, por medio de instrucciones. Se compone de dos fases: La interacción dirigida por el niño en la que se trata de mejorar la relación vincular y la interacción dirigida por el padre para intervenir en el manejo conductual con el niño.

2.9. Instrumentos para estudiar el apego

Con el objeto de medir la calidad del apego se han creado instrumentos con aproximaciones diferentes (comportamental o representacional). A continuación vamos a resaltar aquellos que han sido los más utilizados en la etapa de la infancia temprana hasta la adolescencia:

Respecto a los instrumentos con medidas de corte observacional (comportamental) podemos señalar el instrumento de laboratorio denominado Situación Extraña de Mary Ainsworth (1969) que evalúa el comportamiento de apego del niño (de entre 18-24 meses) durante los momentos críticos de separación y reunión con la figura de apego. Como también, se utiliza el Cassidy-Marvin System (1992) para valorar a niños de entre 2 años y medio y 4 años, el Preschool Assessment of Attachment de Crittenden (1992) para niños entre 2 y medio y 4 y medio años, el Main-Cassidy Attachment classification for kindergarten-age de Main y Cassidy (1988) entre los 4 años y medio y los 7 años, el Attachment Q-set de Waters y Deane (1984) aplicable a niños de entre 12 y 36 meses, y el Parent Attachment Diary de Stovall y Dozier (2000) que se ha utilizado preferentemente con bebés (Díaz y Blázquez, 2004; Román, 2011).

En el caso de los niños pequeños el sistema de apego se activa provocando una reacción conductual. En cambio, a medida que maduran la reacción conductual va disminuyendo, adquiriendo un mayor peso las representaciones mentales en la regulación emocional. Por este motivo se recomienda utilizar las medidas de corte observacional con niños menores de 2 años; y entre los 3 y los 9 años se aconseja utilizar las medidas de historias incompletas porque la reacción conductual es menos explícita, pero sus capacidades cognitivas y verbales son aún inmaduras y no es posible evaluar las representaciones mentales por medio de la capacidad autorreflexiva. Posteriormente, cuando las capacidades cognitivas y verbales se encuentren consolidadas será la forma idónea para llevar a cabo la evaluación (Román, 2011). Y se debe tener en cuenta que el apego es un constructo que no puede ser observado directamente, por esta razón se debe inferir a partir de los comportamientos del individuo (Solomon y George, 1999).

En relación a los instrumentos con medidas de corte representacional señalamos:

Attachment Store Completion Task (ASCT) (Bretherton, Ridgeway y Cassidy, 1990). Es un instrumento con metodología de historias incompletas para niños de entre 3 a 6 años que se fundamenta en el estudio de los contenidos narrativos a partir de situaciones interpersonales. Se observan las representaciones de las que dispone el niño para resolver, en forma de juego y/o narración, las situaciones conflictivas o estresantes que se han planteado.

Child attachment interview (CAI) (Target, Fonagy y Shmueli-Goetz, 2003). Se trata de una entrevista semiestructurada basada en la capacidad autorreflexiva para evaluar las representaciones que tienen de si mismos, de sus figuras de apego y de la relación. Dirigido a niños de entre 7 y 12 años. Se centra en las experiencias actuales sobre las situaciones que viven con la figura de apego. Evalúa la percepción del niño sobre estas situaciones por medio de la respuesta a 19 cuestiones.

Story Stem Assessment Profile (SSAP) (Hodges, Steele, Hillman, y Henderson, 2003). Es un instrument de historias incompletas para niños de entre 4 y 8 años fundamentado en el estudio de los contenidos narrativos a partir de una batería de 13 historias. Se ha utilizado preferentemente en casos de desarrollo atípico debido a la vivencia de situaciones adversas (maltrato...).

Puppet Interview (Cassidy, 1988). El instrumento es utilizado para explorar el modelo interno de si mismo que tiene el niño por medio de las preguntas que realiza el evaluador a un muñeco de guiñol que maneja el propio niño. Aplicable a niños de entre 5 y 7 años.

Separation anxiety test (SAT). Es un procedimiento proyectivo semiestructurado que se basa en la interpretación que los niños hacen sobre las láminas que les presentan de escenas de separación entre el hijo y el progenitor. Existen dos adaptaciones en función de la

edad. Klagsbrun y Bowlby (1976) de 4 a 7 años y la de Wrigt, Binney y Smith (1995) de 8 a 12 años.

Para realizar el diagnóstico del estilo de apego en etapas posteriores a la infancia y la niñez se pueden utilizar los siguientes instrumentos:

El Instrumento de Vinculación Progenitora (PBI) (Parker, Tupling, y Brown, 1979). Evalúa el comportamiento de vinculación de los progenitores al niño por medio de dos dimensiones: Cuidado, compuesto por 13 ítems, relativa a los niveles generales de cariño y afecto de los progenitores, en contraposición con indiferencia y descuido; y sobreprotección, 13 ítems, referida a los niveles de control e intrusión progenitora como contraste del fomento de la autonomía del niño. Este instrumento es aplicable tanto a población normal como clínica. Para la corrección se suman las puntuaciones de cada escala y por cada progenitor independientemente.

Adult Attachment Interview (AAI) (George, Kaplan y Main, 1985). Es una entrevista que evalúa los recuerdos que tiene de sus relaciones con sus figuras de apego en la infancia. Se codifica en función de la coherencia del discurso, la estructura del relato y su colaboración con el entrevistador.

El Inventario de Apego con Padres y Pares (IPPA) (Armsden y Greenberg, 1987). Mide la percepción de la calidad de las relaciones con padres y pares en la adolescencia utilizando tres escalas (padre, madre y pares). La escala de padres (28 ítems) y la escala de pares (23 ítems). El análisis factorial reveló la existencia de tres subescalas para cada una de ellas: Confianza recíproca (mutua comprensión y respeto), comunicación (calidad de la comunicación hablada) y alienación (sentimiento de cólera y voluntad de apartarse de los demás). La corrección se puede realizar de manera independiente para cada una de ellas, consiguiendo un índice de seguridad psicológica=confianza+comunicación-alienación. Existe

una versión adaptada para la adolescencia temprana y la niñez (IPPA-R, de Gullone y Robinson, 2005)

Parental Attachment Questionnaire (PAQ) (Kenny, 1987). Es un autoinforme de 55 ítems que realiza la evaluación a través de tres escalas: Calidad afectiva de las relaciones, potenciación parental de la autonomía y provisión parental de apoyo emocional.

CaMir (Pierrehumbert, Karmaniola, Sieye, Meisler, Miljkovitch y Halfon, 1996, adaptado al castellano por Lacasa, 2008). Consta de 72 ítems y se realiza en dos etapas. La primera etapa consta de una serie de preguntas con formato tipo Likert con 5 opciones de respuesta. A continuación, se realiza el procedimiento Q-sort.

Adolescent Attachment Questionnaire (AAQ) (West, Rose, Spreng, Sheldon, Keller y Adam, 1998). Es un cuestionario de autoinforme que se encuentra formado por tres escalas: Disponibilidad (confianza del adolescente en la disponibilidad y capacidad de respuesta de la figura de apego), meta corregida (empatía del adolescente respecto a las necesidades y sentimientos de su figura de apego) y malestar (cantidad de cólera en la relación adolescente-figura de apego).

Aunque algunos de los cuestionarios han sido contruidos para abordar el apego en la etapa de la adolescencia, debemos señalar que la literatura no ofrece una gran variedad de instrumentos para estudiar el apego en esta etapa.

3. Socialización Parental: Estilos Educativos

3.1. Introducción

La familia desde una perspectiva sistémica-ecológica es concebida como un sistema de relaciones interpersonales recíprocas. Además, es un sistema que no está aislado, sino que mantiene relaciones con otros contextos que contribuyen al desarrollo de sus miembros (Hidalgo y Palacios, 2009).

Las conductas de sus miembros son interdependientes y mutuamente reguladas por las reglas implícitas y explícitas que existen en su seno familiar. Debido a que consideran que la familia es un microgrupo con dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que influyen en el estado de salud y enfermedad de los miembros; plantean que ante un problema clínico de una de las personas que conforma el grupo, no debe contemplarse como un fenómeno individual, sino en conjunto con el contexto relacional dentro de un contexto social determinado (Fernández, 2000; Martínez et al., 2012).

El contexto familiar tiene una especial influencia en el desarrollo psicológico del niño, a nivel socioafectivo y cognitivo, las interacciones que se producen son interiorizadas por la persona debido a su significatividad afectiva y la continuidad contextual/temporal, e influenciadas por factores ecológicos y genéticos (Oliva y Arranz, 2011).

Desde las concepciones etiológicas de la psicopatología de los niños y adolescentes se ha concedido un papel relevante a la familia (Trallero, 2005). Concretamente, los estilos parentales se han considerado un elemento clave de la socialización familiar (Torio, Peña y Rodríguez, 2008), y se ha señalado que su influencia en las características psicológicas y/o patología es coadyuvante en el inicio del trastorno y posteriormente influye en su evolución (Fornieles, 2005).

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos de especial relevancia explicar y analizar en este capítulo la socialización familiar, centrándonos en los estilos parentales y sus influencias en el desarrollo personal y social de sus hijos.

El estilo parental es el conjunto de características de los padres que hacen referencia a su comportamiento en relación con sus hijos y las pautas que establecen para lograr un comportamiento adecuado según sus ideas y una socialización adecuada (Fornieles, 2005).

Lila, Buelga y Musitu (2006) hacen especial hincapié en la necesidad de diferenciar entre el estilo parental y las prácticas parentales. El estilo parental es entendido como el conjunto de actitudes hacia el hijo que, contempladas en conjunto, conforman un clima emocional en el que se llevan a cabo las conductas de los padres. Las conductas que tienen como finalidad la socialización serían las denominadas prácticas parentales.

Por lo tanto, lo que se pone de manifiesto a través de las conductas son las actitudes de los padres, entendidas como una tendencia a reaccionar y un modo concreto de percibir, valorar y sentir a su hijo. De este modo, las actitudes de los padres se configuran en función de lo que piensan respecto a su hijo, la carga emocional que acompaña a sus pensamientos en cuanto a si le gusta cómo es, y los comportamientos que dan lugar influidos por lo que piensan y sienten (Valdivia, 2010).

Las conductas y actitudes parentales están determinadas tanto por aspectos característicos de la personalidad de los padres y de los hijos, como por determinados aspectos sociales y del contexto en el que se desarrolla esa familia. Así, cada situación familiar comportará un estilo educativo diferente, en función de las interacciones de todos los aspectos señalados anteriormente. Además, el estilo educativo se va modulando por medio de las diversas interacciones bidireccionales entre padres e hijos, ocasionando una influencia recíproca (en Ato, Galian, Huéscar, 2007; Shaffer, 2002).

Desde la concepción sistémica se proporciona un papel relevante al niño, en la medida en la que se argumenta que las características psicológicas del niño influyen en la prácticas educativos que utilizan sus padres en la disciplina familiar (Pérez, Navarro y Martínez, 2011).

El modelo tradicional de socialización familiar sufrió varias críticas a causa de las deficiencias encontradas. Concretamente las siguientes:

-Las influencias en las interacciones parento-filiales no podían considerarse unidireccionales, sino que debían entenderse como bidireccionales. Actualmente, la concepción predominante es el papel activo del hijo en la influencia de las prácticas de sus padres (Martínez et al., 2012; Shaffer, 2002).

-No podía concebirse la existencia de las mismas influencias de los estilos educativos en el desarrollo de todas las personas, sino que depende de las relaciones que se desarrollan en los contextos que rodean a la familia y sus miembros (Musitu y García, 2004).

-No estaban teniendo en cuenta la influencia de los otros contextos de socialización (escuela, grupo de iguales...) que pertenecen al entorno social que les rodea. Las relaciones que se producen entre los miembros y los contextos sociales son interdependientes (Marbán, Robledo, Díez, García y De Caso, 2011).

-No debían dar por supuesto que en todas las situaciones que se producen en el ámbito familiar, los padres actúan del mismo modo. Aunque existe cierta estabilidad en el estilo educativo de una persona, también se producen cambio que ocasionan modificaciones en sus prácticas (Hidalgo y Palacios, 2009).

Diversas investigaciones desarrolladas en este ámbito han pretendido describir una tipología de estilos parentales, para poder utilizar estos datos en el análisis de los

antecedentes y consecuentes de los diferentes estilos que se han identificado (Lila et al., 2006).

El trabajo pionero de los estilos parentales de socialización de Diana Baumrind que realizó en los años 1967 y 1971, sirvió para clasificar a los padres en tres estilos educativos, atendiendo al control (nivel de exigencias sobre las conductas de sus hijos) y al cariño (sensibilidad que mostraban hacia ellos). Conformando los estilos Democrático, Autoritario y Permisivo. Influyó posteriormente en el trabajo de otros autores que han estudiado dichos estilos.

Maccoby y Martin (1983) completaron la clasificación añadiendo un cuarto estilo educativo que denominaron negligente o indiferente (Parra, 2007). A continuación recogemos en la Figura 1 la tipología de los estilos educativos indicados.

		Exigencia	
		Alta	Baja
Responsividad	Alta	Autorizativo	Indulgente
	Baja	Autoritario	Negligente/Indiferente

Figura 1. Estilos educativos siguiendo a Baumrind e incluyendo la aportación de Maccoby y Martin.

El estilo democrático o autorizativo se caracteriza por altos niveles de afecto y control. Las conductas y actitudes de los padres dan prioridad a las necesidades y capacidades de sus hijos, atendiéndoles con comprensión y afecto. El nivel de exigencias se adapta a su madurez, fijando normas rigurosas e imponiendo expectativas claras de su conducta. Se basan

en una comunicación bidireccional, y en proporcionar a su hijo una cierta responsabilidad de sus acciones que fomenta su autonomía. Los niños se muestran alegres, cooperativos, responsables y empáticos.

En el estilo autoritario predominan bajos niveles de afecto y altos niveles en control, puesto que el comportamiento de estos padres se rige por patrones preestablecidos, respecto a cuáles son los comportamientos y actitudes que deben mostrar sus hijos. Las demandas de los progenitores son excesivas y existe una relación asimétrica de poder sustentado por los padres, utilizando formas de control coercitivas, sin considerar la necesidad de razonar y dialogar. Por tanto, las relaciones existentes entre el padre y el hijo son impersonales y frías, e interfieren en el fomento de las habilidades de razonamiento y el establecimiento de la sensibilidad que ayuda a internalizar las normas. Estos niños suelen ser hostiles y celosos, además tienen un rendimiento deficiente, y llevan a cabo conductas más inaceptables y extremas.

El estilo permisivo o indulgente destaca por altos niveles de afecto y bajos en control, los padres muestran un nivel de exigencia muy pobre respecto a las expectativas de madurez y de responsabilidad del hijo. No instruye a sus hijos sobre cuáles son las conductas aceptables y establece pocos límites. En los pocos casos en lo que se aplica un castigo, utilizan la retirada del afecto. Son niños retraídos y tienen un escaso desempeño.

Y finalmente, el estilo negligente o indiferente presenta bajos niveles tanto en afecto como en control o supervisión. Los padres están centrados en sus necesidades personales y no buscan relacionarse con sus hijos, ni dirigir su conducta. Son niños inseguros, con una baja autoestima, y llevan a cabo conductas destructivas y de aislamiento. En su desarrollo se observan comportamientos de desobediencia e inmadurez. Su rendimiento se ve afectado, y

en la adolescencia se observan la realización de conductas de riesgo (consumo de sustancias nocivas, sexualidad precoz...) (Parra, 2007; Kostelnik, Phipps, Soderman y Gregory, 2009).

Actualmente, en vez de clasificar a los padres en categorías diferentes a nivel cualitativo, como se había realizado anteriormente, se valora el comportamiento por medio de dimensiones consideradas continuas; estas dimensiones han sido denominadas de manera diferentes por diversos autores.

Maccoby y Martín (1983) con su Modelo Bidimensional de socialización parental redefinieron los estilos educativos parentales en función de la dimensión de afecto o sensibilidad y calidez, y la dimensión de control o exigencia.

La dimensión de afecto o sensibilidad y calidez, hace referencia al tono emocional, la sintonía entre las partes y el grado de comunicación existente en sus relaciones. Incluiría conductas que transmitirían aceptación, afecto positivo, sensibilidad y responsividad hacia el niño. Los padres que son clasificados como sensibles suelen escuchar, sonreír, elogiar, estimular y expresar el afecto a sus hijos. Además, muestran un alto grado de apoyo y orientación a sus necesidades, se implican en sus actividades e iniciativas. Sin embargo, los padres insensibles se muestran críticos, castigan e ignoran, no les suelen expresar lo que les valoran y se produce una falta de intercambios comunicativos. Se muestran más centrados en sí mismos y en sus propias necesidades y satisfacciones.

En cuanto a la dimensión de control o exigencia, relativa a las exigencias de los padres hacia sus hijos; así como al establecimiento de normas y límites, unido a la supervisión de su cumplimiento de forma firme y coherente. Abarcaría conductas tales como implicación, disciplina y supervisión. Los padres que se caracterizan por ser controladores limitan la libertad de su hijos, en cambio un padre menos demandante proporciona una mayor libertad para que su hijo pueda seguir sus propios intereses (Shaffer, 2002; Pérez et al., 2011).

Señalan que de la combinación de ambas dimensiones y del grado de las mismas se obtienen los siguientes estilos educativos diferentes: Autoritario-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-indulgente y permisivo-negligente. El estilo autoritario-recíproco se constituye con un patrón de interacciones positivo, apoyado en una disciplina firme y consistente, ejerciendo de forma consciente la autoridad por medio del diálogo y el razonamiento. En el caso del estilo autoritario-represivo también existe una disciplina rígida, pero en este caso no está acompañada de la reciprocidad destacada en el estilo anteriormente descrito (Ruiz, 1999). El estilo permisivo-indulgente se caracteriza por la indiferencia de los padres ante las actitudes y conductas, tanto positivas como negativas; así como por la permisividad y pasividad debido a razones ideológicas. En el seno familiar se promueve la comunicación abierta y el clima democrático. Las interacciones se caracterizan por carecer de sistematización. A pesar de desarrollar un patrón de interacción negativo, estos padres se preocupan de la educación de sus hijos. En cambio, el estilo permisivo-negligente se caracteriza por una escasa implicación y compromiso afectivo, a causa de una falta de interés, escaso tiempo o por simple comodidad (Torio et al., 2008).

A continuación mostramos la Figura 2 que representa el modelo bidimensional de Maccoby y Martin (1983).

	Con implicación afectiva	Sin implicación afectiva
Control fuerte	Autoritario-Recíproco	Autoritario-Represivo
Control Laxo	Permisivo-Indulgente	Permisivo Negligente

Figura 2. Modelo Bidimensional de Maccoby y Martín (1983)

Aunque son diversos los autores que se han basado en el modelo de Maccoby y Martin (1983) para realizar sus investigaciones, otros muchos autores han reformulado su planteamiento mediante la propuesta de otras clasificaciones para los estilos educativos.

A continuación exponemos el modelo propuesto por Valdivia (2010), puesto que esta autora introduce una perspectiva novedosa. Realiza un análisis de las dimensiones, valoración-afecto y dirección, pero relacionándolas con los componentes de las actitudes. Dichos componentes son los siguientes:

- Componente cognitivo, se refiere a las ideas que tienen los padres sobre los hijos.
- Componente afectivo, hace referencia al grado de afecto que depende de la valoración que se ha realizado.
- Componente comportamental, en cuanto a la forma de comunicarse con sus hijos, es decir, si se muestra más o menos directivo. También dependerá del componente cognitivo.

Por tanto, entiende por la dimensión de valoración-afecto, la valoración (componente cognitivo) que se hace de un hijo que va acompañada de un componente emocional o afectivo. Y respecto a la dimensión de dirección, la cualidad de marcar pautas y orientaciones. Estas dimensiones son bipolares porque pueden clasificarse entre los extremos de máximo y mínimo. A continuación mostramos la Figura 3 de la clasificación de las áreas de relación que propone en función a dos ejes de coordenadas, afecto-valoración y dirección.

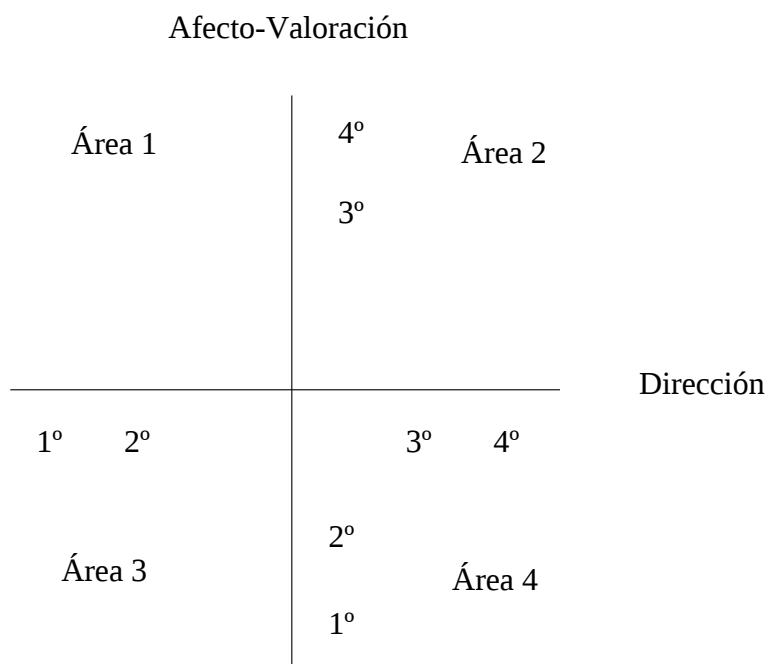


Figura 3. Clasificación de las áreas de relación de Valdivia (2010)

En el área 1, se situarían las actitudes de afecto de los padres que se apoyan en una buena valoración y una mínima dirección. En el área 2, aquellas cargadas de afecto, pero directivas. En el área 3, las carentes de afecto, con deficiente valoración y poco directivas. Finalmente, en el área 4, las carentes de afecto, mala valoración y muy directivas.

En el gráfico se puede observar que las dimensiones se clasifican en función a cuatro grados diferentes.

En la dimensión afectiva valorativa, el grado más alto (grado 4) se caracteriza por las actitudes de los padres de comprensión y valoración de su situación, atención a sus necesidades, empatía y ofrecen la ayuda que necesitan para superar las dificultades. En cambio, el grado 3, los valoran con distancia, es decir, sin ponerse en el lugar de ellos. Y en los grados 1 y 2, no existe una valoración y comprensión de su hijo. El grado 1, coincide con

las actitudes de rechazo; pero en el grado 2, no señalan la existencia de las actitudes contrarias a la valoración.

En la dimensión directiva, el grado 4, los padres se identifican por realizar mandatos concretos sin dejar la posibilidad de que su hijo tome una decisión. En el grado 3, realizan las peticiones concretas pero no las imponen a sus hijos. En cuanto al grado 2, los padres ofrecen alternativas y además, no obligan a su hijo a secundarla porque se le proporciona libertad para que tome su propia decisión. Finalmente, el grado 1, no aportan indicaciones a sus hijos, únicamente describen situaciones concretas sin realizar peticiones.

Esta clasificación presenta cinco estilos educativos inadecuados, estos han sido denominados como un estilo moralizante, sobreprotector, permisivo o excesivamente liberal, frustrante o rechazante e inconsecuente; y un estilo educativo positivo, el democrático. En la Figura 4 se puede observar dónde se sitúan dentro del eje de coordenadas explicado anteriormente.

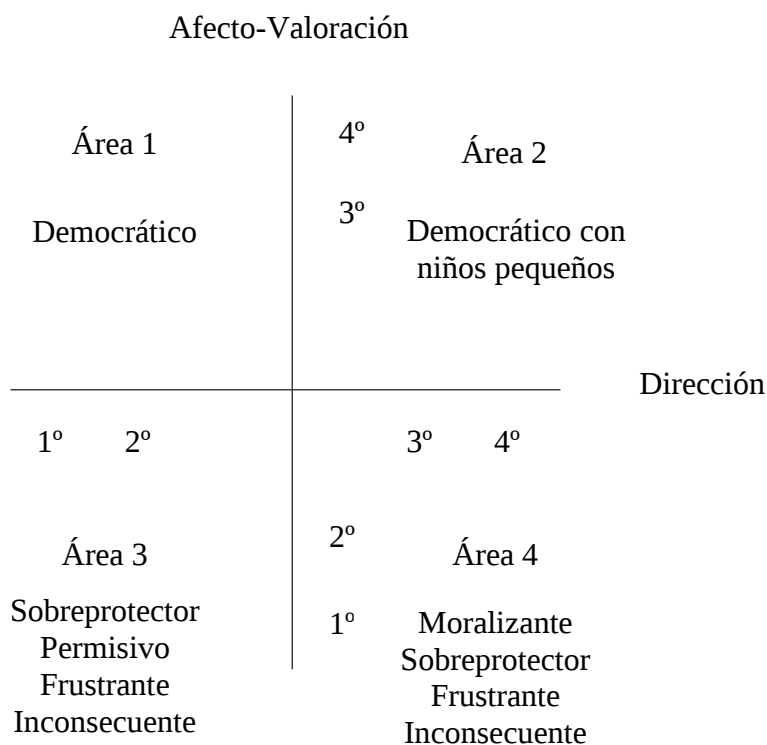


Figura 4. Situación de Estilos Educativos en los ejes de coordenadas de Valdivia (2010)

Valdivia (2010) describe los estilos educativos de la siguiente manera:

El estilo Moralizante se produce en contextos en los que los padres tienen prejuicios, son muy exigentes y quieren lograr para sus hijos lo que ellos consideran que es lo mejor para ellos. Proporcionan constantemente consejos, sin tener en cuenta las propias características, deseos e intereses de sus hijos. No los valoran/aceptan adecuadamente, por ello no les permiten tomar sus propias decisiones, se muestran muy directivos, sin posibilitar el diálogo, tratando de imponer sus pensamientos para evitar que se equivoquen. Estos niños a los que no se les posibilita el fomento de la autonomía se convierten en niños inseguros, miedosos y dependientes. En los casos en los que son aceptadas las imposiciones, los niños se sienten angustiados y sobrecargados por el cumplimiento de las metas fijadas por sus padres. Pero, cuando el niño no las acepta, puede dar lugar a que mientan para el logro de sus propios deseos. Inclusive, a comportarse de forma tirana con otras personas para descargar la frustración que sienten.

Respecto al estilo permisivo o excesivamente liberal, los padres actúan de este modo porque consideran que es la mejor forma de educar, debido a una falta de conocimiento sobre cómo deben hacerlo o por comodidad. Los comportamientos de los padres denotan para sus hijos una notable falta de atención. Se caracterizan por la falta de indicaciones/orientaciones y baja supervisión. Exclusivamente, aumentan el grado de dirección ante las situaciones consideradas más graves. Por lo tanto, las actitudes de los padres son negativas, no valoran a su hijo adecuadamente y le proporcionan niveles de responsabilidad mayores a los que le corresponden. La falta de apoyo de sus progenitores unido a una falta de dirección firme ocasiona que los niños no tengan una referencia adecuada para desarrollar su capacidad de autocontrol.

El autocontrol es un constructo que consiste en un conjunto de habilidades cognitivas y emocionales, influidas por los procesos de aprendizaje que se producen en la crianza. Dando lugar a la inhibición de respuestas rápidas que producen satisfacción inmediata y la puesta en funcionamiento de conductas elegidas de forma intencionada por medio de un esfuerzo mantenido para el logro de un objetivo a largo plazo (López y López, 2008).

Un estilo sobreprotector se produce en un ambiente en el que los padres temen perder el cariño de sus hijos, se sienten inseguros y con constantes preocupaciones. Detrás de sus actitudes se encuentra una valoración negativa de sus hijos, los perciben vulnerables. Por ello, tratan de proporcionarle todo lo que está en sus manos para evitarle frustraciones. Sin embargo, imposibilitan el fomento de su autonomía y autocontrol. La inseguridad que desarrollan al experimentar que no pueden resolver los problemas, por si solos, a causa de la falta de recursos para hacerlos frente, ocasiona reacciones agresivas o de inhibición y retraimiento.

En cuanto al estilo frustrante o rechazante, se observa en situaciones en las que los padres no tienen tiempo, son distantes, existe un claro rechazo hacia el hijo por sus características personales o está afectado por alguna patología característica de padres rechazantes (alcoholismo, enfermedades mentales, bajo autocontrol, falta de empatía...). Los padres no satisfacen la necesidad de afecto y los hijos se sienten rechazados. Además, actúan de dos maneras diferentes, pueden mostrarse nada directivos por abandono o muy directivos por sus continuos rechazos, acompañado de conductas coercitivas, verbales y físicas. Los niños que han experimentado las vivencias de rechazo o abandono se suelen mostrar agresivos hacia terceros (compañeros, amigos...) para descargar la rabia y como mecanismo para sentirse bien porque experimentan la sensación de tener el poder. O también, si se sienten débiles pueden descargar la rabia hacia sí mismos, observándose resignación y pudiendo desarrollar síntomas depresivos.

En el caso del estilo inconsecuente se encuentra en familias en las que los adultos no son capaces de mantener una estabilidad con respecto a los comportamientos que tienen con sus hijos, evitando fluctuar del afecto al rechazo y de la falta de dirección a un alto grado de dirección. Se producen estas situaciones a causa de la inseguridad, irritabilidad, estrés, falta de acuerdo entre las partes y problemas de relación en el matrimonio. Por tanto, no proporcionan unos valores, normas y límites claros. La valoración que hacen los padres de sus hijos se va modificando en función de las diversas situaciones, al igual que sus comportamientos, ocasionando desconcierto para el niño que no sabe a qué atenerse. Estos niños viven en un entorno desconcertante que les ocasiona angustia y desconfianza.

Los padres con un estilo democrático establecen relaciones que están basadas en un clima de afecto, apoyado en la valoración objetiva de sus hijos. Utilizan un grado adecuado de dirección en función de la valoración que hacen de sus hijos, en cada situación concreta ajustan el grado necesario. Es decir, tiene en cuenta el nivel de autonomía adquirido para

mostrar un mayor o menor grado de dirección. Los resultados que se obtienen son positivos porque se mantiene un grado alto de afecto y se sienten valorados adecuadamente por sus progenitores en cada una de las situaciones.

Oliva, Parra y Arranz (2008) señalan la necesidad de contemplar además de las dimensiones ortogonales clásicas, afecto y control, otra serie de variables para clasificar a los padres en los diversos estilos parentales. Las que tuvieron en cuenta estos autores fueron la promoción de la autonomía, control psicológico (estrategias intrusivas y manipuladoras que llevan a cabo los padres para conseguir el control de su hijo), revelación (tendencia del hijo a informar a sus padres de las diversas actividades y acciones que lleva a cabo fuera del contexto familiar) y el humor (actitud de los padres que fomenta un ambiente relajado, alegre y optimista). En su estudio con muestra de adolescentes entre los 12 y los 17 años, hallaron tres estilos parentales: Democrático, estricto e indiferente. Los padres con un estilo democrático se caracterizaron por un alto afecto, promoción de la autonomía, revelación, buen humor y un escaso control psicológico. En el caso del estilo estricto, se identificaron unos niveles similares, ligeramente inferiores, a los obtenidos en el estilo democrático en lo que respecta al afecto, revelación, buen humor y promoción de la autonomía. En cambio, se obtuvo un alto nivel de control psicológico y comportamental. Finalmente, en el estilo indiferente se encontraron niveles bajos en todas las dimensiones, exceptuando el control psicológico.

3.2. Influencia de los estilos educativos en el desarrollo infantil y el período de la adolescencia

Los estilos educativos son considerados un factor relevante en el desarrollo madurativo del niño (Estalayo, Rodríguez y Romero, 2009) y un factor de riesgo, puesto que

las pautas parentales de crianza inadecuadas pueden actuar como un factor predisponente para el desarrollo de trastornos psicológicos (Espina, 2010; Fornieles, 2005).

En el ámbito de la psicología social son diversas las investigaciones que han constatado la influencia que tienen los estilos educativos de los padres en el desarrollo infantil y en el periodo de la adolescencia.

Algunas investigaciones indican que el estilo democrático (autorizativo o autorizado) es el que obtiene un mayor ajuste personal y social durante la infancia y la adolescencia porque combina el afecto explícito con el control no coercitivo de la conducta que influye positivamente en diversos aspectos del desarrollo (Parra, 2007). Proporcionándoles un contexto adecuado para el fomento de la madurez y las competencias sociales y cognitivas (Torio et al., 2008), y garantizando la satisfacción de las necesidades psicológicas, debido a que se realiza una valoración adecuada de los hijos y se ajustan los grados de dirección que deben aplicarse para lograr un apropiado autocontrol. Los hijos se sienten queridos y valorados y por lo tanto, perciben el apoyo incondicional de sus padres que contribuye al fomento del autoconcepto y la autoestima (Valdivia, 2010).

El estilo democrático en el periodo de la infancia se ha visto asociado a una mayor estabilidad emocional, elevada autoestima, autocontrol y empatía. En el caso de la adolescencia, se ha observado una elevada autoestima, autoconfianza, adecuadas estrategias de adaptación social, madurez social y moral. Así como mejores resultados académicos. Sin embargo, los estilos autoritarios, permisivos (Hurt, Hoza, Pelham, 2007) y negligentes (Oliva, 2009) producen un mayor desajuste en los niños.

Un estilo donde predomina el control y las exigencias sin demostración de afecto y aceptación, se ha visto asociado con dificultad para el desarrollo de la autonomía y el fomento de las habilidades sociales, y una disminución de la autoestima. Ocasionando en

algunos casos depresión y ansiedad. Se ha observado que la falta de afecto tiene una mayor repercusión en la evolución de las chicas que en los chicos. Y en cambio, la falta de control y exigencias afecta más en la evolución de los chicos. Y en el contexto de un estilo caracterizado por una excesiva permisividad, sin la existencia de normas que proporcionen un ambiente de control, no fomentan el autocontrol. Añadido a una actitud de indiferencia y rechazo, se ha relacionado con dificultades en el desarrollo de competencias cognitivas, problemas emocionales y conductas desadaptadas y problemáticas (consumos de sustancias tóxicas, relaciones sexuales tempranas...), llegando incluso en algunos casos a desarrollar trastornos de conducta (Fornieles, 2005; Machargo, 2002). Por último, en los ambientes en los que se carece de afecto y control, como ocurre en el estilo negligente, se han observado problemas tanto externos (agresividad, conductas antisociales, consumo de drogas, escasa competencia social) como internos (baja autoestima, malestar psicológico) (Oliva, 2009).

A pesar de constatarse esta relación entre el estilo parental y el ajuste de la persona en las investigaciones reseñadas anteriormente, otros autores señalan que dicha relación depende del tipo de muestra y de las variables del contexto en donde se desarrolla el niño.

López-Soler, Puerto, López-Pina y Prieto (2009) han observado que existen diferencias al respecto en función de si la muestra procede de una población clínica o normal. Puesto que en contradicción a estudios anteriores, estos autores han hallado que el estilo democrático no siempre presenta necesariamente una relación positiva con una mejor adaptación tanto personal como social.

Gracia, Fuentes y García (2010) indican que el estilo educativo autorizativo no es siempre el único estilo que predice un adecuado ajuste psicosocial. En su investigación han hallado que los adolescentes que perciben a sus padres como indulgentes presentaron menores problemas de conducta (se refieren a las conducta escolares disruptivas,

delincuencia y consumo de sustancias), al igual que en el caso de adolescentes con padres autoritativos, en comparación con los casos de padres autoritarios o negligentes que son los jóvenes que muestran mayores problemas de conducta.

En esta misma línea, Musitu y García (2004) indican que los estilos de socialización parental tienen diferentes efectos en el ajuste de los hijos dependiendo del entorno cultural en el que se desarrollan. En el contexto Español, en contraste con los resultados obtenidos en otros Países, han podido constatar que el control firme y la disciplina férrea, a pesar de coexistir con razonamiento y afecto en la relación parento-filial, conlleva un ajuste del hijo más negativo que en los casos en los que las conductas inadecuadas se intentan solventar mediante el diálogo.

El ambiente más adecuado para conseguir un óptimo desarrollo es aquel en el que en las relaciones entre padre e hijos se combina el apoyo afectivo y el fomento de la autonomía. Dando especial importancia a la autonomía cognitiva e incentivando la iniciativa propia del adolescente. Además, se requiere un adecuado control y supervisión, teniendo en cuenta la importancia de ser flexibles cuando varían las necesidades de los hijos en cuanto a la asunción de nuevas responsabilidades o de aumentar su capacidad para tomar decisiones (Oliva, 2009).

Un estilo educativo donde exista un alto afecto, se ha visto relacionado con menos problemas de conducta, el establecimiento de un apego seguro, mayores habilidades prosociales y mejores resultados a nivel escolar (en Ato et al., 2007). En cambio, los estilos educativos negativos (autoritario, coercitivo, punitivo), junto a un control inconsistente y una baja supervisión parental afectan negativamente al comportamiento del hijo (Justicia et al., 2006). Encontrándose que estos factores negativos (hostilidad, negligencia y permisividad) de

la crianza se relacionan positivamente con la agresividad, física y verbal, independientemente del sexo del padre (Tur, Mestre, Samper y Malonda, 2012).

Iglesias y Romero (2009) también señalan una asociación significativa entre puntuaciones bajas en aceptación e implicación y alteraciones externalizantes. Plantean que dicha asociación puede deberse a la relación existente entre la carencia a nivel afectivo y el desarrollo de las alteraciones externalizantes o que la coerción e imposición cuando no se acompaña con el diálogo y afecto tenga un efecto más pernicioso. Espina (2010), también considera que el control sin afecto es un estilo parental de alto riesgo, caracterizado por rechazo, indiferencia e intrusión.

En relación a la asociación positiva encontrada entre un estilo educativo con un alto afecto y apoyo parental, y una baja tasa de problemas externalizantes; hay autores que han justificado dicha asociación por el efecto que tiene el afecto y el apoyo de los padres en la regulación emocional del niño (Eisenberg, Zhou, Spinrad, Valiente, Faber y Liew, 2005).

En relación a la idea expuesta anteriormente, Tur, Mestre y Del Barrio (2004) concluyeron en su estudio que los estilos educativos positivos correlacionaban con una estabilidad emocional y una baja agresividad en los hijos. La sensibilidad de los padres se ha observado que favorece la expresión de la emocionalidad positiva en los niños (Belsky, Fish, e Isabella, 1991). La emocionalidad negativa de los niños se ha asociado con problemas de conducta (internalizante y externalizante), mediada dicha relación por un estilo parental autoritario (Paulussen-Hoogeboom, Stams, Hermanns, Peetsma y Van den Wittenboer, 2008).

En cuanto a la sensibilidad, cabe señalar también que los comportamientos de crianza sensibles según Johnston y Mash (2001), contribuyen a desarrollar la autorregulación en los hijos e incluso pueden atenuar la sintomatología de TDAH. Por el contrario, las dificultades

de los padres en sincronizar sus acciones a las señales del niño pueden conllevar una inadecuada adaptación del comportamiento de sus hijos.

Oliva y Parra (2001) encontraron en su estudio que existe una asociación entre el estilo parental y la mayor o menor autonomía emocional que manifiestan los hijos. En los hijos de padres con un estilo indiferente se observan mayores puntuaciones en autonomía emocional, que en los hijos de padres que muestran un estilo democrático. Esta mayor autonomía emocional repercute en las relaciones con los iguales, es decir, muestran menos confianza y comunicación con los iguales; así como también, muestran una menor autoestima y una menor satisfacción vital.

Cuando la disciplina asertiva fue administrada en un contexto de baja participación emocional por parte de la madre, se asocio dicha disciplina con un incremento de conductas problema en el niño; en cambio cuando fue administrada en un contexto con alta participación emocional por la madre, se asocio con un incremento de competencias socioemocionales en el niño (Towe-Goodman y Douglas, 2008).

Asimismo, la aparición de altos afectos hostiles parece estar asociada a bajos niveles de calidez emocional y a una elevada frecuencia de aparición de comportamientos de rechazo, control e inconsistencia en los estilos parentales (Muris, Meesters, Morren y Moorman, 2004).

Nelson y Coyne (2009) mostraron la relación entre los estilos altos en afecto y receptivos de los padres y las atribuciones positivas en niños y niñas, así como menores sentimientos de distrés (angustia/temor) en niños. En cambio, el castigo corporal fue relacionado con atribuciones negativas en niñas pero no en niños, y el control psicológico coincide con mayores atribuciones negativas y sentimientos de distrés en niños.

En relación al castigo por parte de los padres hacia sus hijos, señalar a su vez que se ha relacionado con conductas externalizantes en los hijos (Bates, Pettit, Dodge y Ridge, 1998), aún más, en los niños con un temperamento difícil la utilización del castigo corporal por parte de los padres es un notable factor de riesgo que contribuye al desarrollo de problemas de conducta (Mulvaney y Mebert, 2007).

En contraposición a los padres que ejercen un control sobre sus hijos, Joussemet, Landry y Koestner (2008) señalan en su estudio que el soporte de autonomía parental se relaciona con una mayor motivación e internalización de las conductas en el hijo, así como logran un ajuste saludable en sus hijos referente a lo académico y social. En relación a lo académico, cabe señalar que los estilos educativos influirán en el autoconcepto de los hijos en cuanto a su estatus de estudiantes, especialmente en relación a la ubicación de su locus de control y a su rendimiento académico (Lee, Daniela y Kissinger, 2006).

Existen evidencias que constatan que los estilos parentales no son igualmente efectivos. Dependiendo de las características del niño, concretamente en función de su temperamento, será necesario interactuar y aplicar las estrategias necesarias, teniendo en cuenta dichas características para lograr un adecuado autocontrol y fomento de la autodisciplina (Kostelnik et al., 2009).

En cuanto a las conductas prosociales, Knafo y Plomin (2006) plantean que las diferencias individuales de los hijos en las conductas prosociales son parcialmente determinadas por factores genéticos y que estos factores median en gran parte en la correlación negativa encontrada entre las conductas prosociales y la disciplina negativa de los padres.

También se ha dado a conocer que el nivel de los ingresos familiares y la educación materna parecen relacionarse directamente con la consistencia en las reacciones y en el

control evidenciados por los padres hacia los comportamientos de los hijos (Lengua, 2006). En esta línea, Carr y Pike (2012) indican en su estudio la existencia de una asociación directa y positiva entre el nivel educativo de la madre y un ambiente de crianza positivo.

Respecto al sexo del progenitor también se han encontrado diferencias significativas en el efecto de la crianza de las madres y de los padres en los hijos e hijas. Se ha comprobado que las madres tienen una influencia mayor sobre los hijos, con independencia del sexo. Los factores de crianza asociados al padre aparecen simplemente como predictores de la agresividad de las hijas (Tur-porcar, Mestre, Samper y Malonda, 2012).

Debido a la influencia que ejercen los estilos educativos en el ajuste del niño es fundamental intervenir con programas dirigidos a padres, para mejorar las habilidades parentales y reducir los factores de riesgo familiares que están asociados con los problemas de conducta en los hijos. Graaf, Speetjens, Smit, Wolff y Tavecchio (2008) apoyan la necesidad de desarrollar estos programas porque se pueden prevenir posibles problemas comportamentales.

3.3. Papel relevante de los estilos educativos en la evolución de los síntomas relacionados con el TDAH

Son muchos los autores de investigaciones que señalan las difíciles características temperamentales de los niños TDAH, es decir, son niños percibidos por sus padres como niños difíciles de calmar, irritables, con una alta reactividad emocional, y poco dóciles desde su nacimiento. Esta percepción de sus propios padres, añadido al estrés que soportan por las altas exigencias y responsabilidades que conlleva su crianza (Peters y Jackson, 2008; Vaquerizo-Madrid, 2005), unido a un escaso apoyo social que acarrea un aislamiento y que incrementa el peso que deben soportar estas familias (Lange et al., 2005), implica niveles superiores de tensión de crianza de los hijos (Solem, Christophersen y Martinussen, 2011).

Una gran mayoría de los padres con altos niveles de tensión desarrollan patrones de disciplina ineficaces que pueden dar lugar a un estilo educativo punitivo con interacciones padre-hijo caracterizadas por conductas coercitivas (Healey et al., 2011; Stormshak et al., 2000; Wolfon y Grant, 2006); o a un estilo educativo permisivo definido con altas puntuaciones en afecto y bajas puntuaciones en control (Keown y Woodward, 2002; Raya et al., 2008).

En cuanto a las conductas coercitivas, se han asociado con un mantenimiento y exacerbación de los síntomas conductuales del TDAH (Daley et al., 2009), y problemas externalizantes en los hijos (Campbell, Shaw y Gilliom, 2000; Prinzie et al., 2004).

Respecto a las conductas permisivas, los cuidadores no tienen la habilidad para establecer normas y mantener una actitud firme y coherente ante las transgresiones de sus hijos, contribuyendo a un desarrollo inadecuado de la autorregulación de los impulsos y de la tolerancia a la frustración. Por ello, en este contexto se producen reacciones incontroladas y agresivas que conllevan comportamientos desadaptados a nivel escolar y social (López y López, 2008).

En cambio, un estilo educativo positivo modera la relación entre la seriedad de los síntomas y su funcionamiento, es decir, contribuye a un mejor funcionamiento de la persona (Healey et al., 2011).

Además, se han constatado diferencias entre los subtipos de TDAH en relación al nivel de tensión de crianza que generan los hijos. Los padres de niños diagnosticados del subtipo combinado cursan con mayores niveles de tensión que los padres del subtipo inatento (Tzang et al., 2009). Esa mayor tensión puede ser explicada por la asociación encontrada respecto a una mayor gravedad de problemas del comportamiento, y un sentido inferior de

competencia parental que se encuentra relacionado con una menor eficacia en las prácticas de crianza (McLaughlin y Harrison, 2006).

En cuanto a la asociación entre comportamientos de crianza negativos y problemas de conducta. Tung, Li y Lee (2012) verificaron que el sexo es un moderador de la asociación entre disciplina inconsistente, la agresividad y los comportamiento disruptivos, observándose tan solo dicha asociación en los chicos.

Diversos autores han proporcionado un papel relevante a los estilos educativos parentales en lo que respecta al desarrollo y mantenimiento de los síntomas de TDAH (Moreno, 1998; Peris y Hinshaw, 2003).

El modelo democrático, caracterizado por altas puntuaciones en comunicación, afecto y control, es predictor de una baja puntuación en hiperactividad, puesto que se ha observado que se trata del estilo educativo que conlleva un mejor desarrollo y ajuste del hijo (Raya et al., 2008).

Por tanto, los entornos familiares disfuncionales en afecto y disciplina pueden ser considerados un factor de riesgo en el surgimiento y mantenimiento de los síntomas de TDAH (Collet, Gimpel, Greenson y Gunderson, 2001; Miranda-casas et al., 2007).

A continuación vamos a destacar los estudios que se han realizado y han constatado una relación entre los síntomas de TDAH y determinadas variables de los estilos educativos parentales.

Respecto a la disciplina empleada por los padres se ha observado que los padres de niños diagnosticados de TDAH habitualmente emplean un estilo disciplinario más autoritario, caracterizado por prácticas más impositivas que los padres de niños que no están afectados del trastorno (Alizadeh y Andries, 2002; Lange et al., 2005; Miranda-Casas et al., 2007).

DuPaul, McGoey, Eckert y VanBrakle (2001) indican en su estudio que los casos de madres con hijos TDAH más intrusivas y controladoras se observaban cuando los niños eran menos dóciles y más negativos.

Cuando el estilo disciplinario se combina con afecto y comunicación el pronóstico de la evolución de la sintomatología es más favorable que en los casos en los que las interacciones padre-hijo se caracterizan por un bajo grado de afecto y calidad de la comunicación (Daley, Sonuga-Barke y Thompson, 2003).

En relación al afecto, entendido no sólo como demostración del cariño, sino también como la capacidad de los padres para implicarse y responder a las demandas y necesidades de su hijo; se ha encontrado que las madres de niños diagnosticados del trastorno muestran niveles de afecto significativamente menores que las madres de niños que no están diagnosticados de TDAH (Seipp y Johnston, 2005). La menor implicación a su vez, se ha visto relacionada con un peor pronóstico de la sintomatología de TDAH (Pfiffner y Macburnett, 2006).

Keown (2012) indican que los niveles más bajos de sensibilidad parental predicen niveles más altos de inatención y comportamientos externalizantes.

En la misma línea, Goldstein et al. (2007) han obtenido en su estudio resultados respecto a un estilo más negligente caracterizado por la incapacidad de hacer cumplir las normas y no proporcionar las consecuencias adecuadas a las acciones de sus hijos, así como por llevar a cabo respuestas excesivamente reactivas en el caso de padres con niños diagnosticados de TDAH. Datos que han sido recientemente corroborados por Banks, Ninowsky, Mash y Semple (2008).

Un factor protector dentro de los estilos educativos es el estilo parental positivo cuando se produce frecuentemente (Healey et al., 2011). Sin embargo, se ha visto relacionado la no utilización de un estilo parental positivo, caracterizado por la carencia de refuerzos a las conductas adecuadas de los hijos, con una mayor impulsividad e hiperactividad (Pfiffner y Macburnett, 2006).

Los factores de la crianza de los padres de apoyo, autonomía, disciplina consistente y satisfacción por la crianza correlacionan con la emisión de las conductas de los hijos marcadas por una estabilidad emocional y una baja agresividad. Los autores resaltan que la inestabilidad emocional conduce a la falta de control de la persona para hacer frente a las diferentes situaciones que vive; en cambio, la estabilidad emocional facilita el control de las emociones y de los impulsos (Tur et al., 2004).

En relación a la agresividad mencionada anteriormente, Martin, Linfoot y Stephenson (2000) señalan que la agresión de algunos preescolares se vincula a un estilo de relación materna caracterizado por la falta de respeto hacia la autonomía del niño, la culpa, la ansiedad, la falta de apego y la inconsistencia en los comportamientos de la madre.

Otros autores también han constatado un peor pronóstico destacando una mayor gravedad en las conductas de hiperactividad, impulsividad y déficit de atención cuando se han asociado con niveles más bajos de cohesión, expresividad e independencia en el clima familiar (Montiel-Nava et al., 2005).

Otra variable a considerar es la sobreprotección que los padres ejercen sobre sus hijos en aquellos casos en los que los estilos educativos son intrusivos y muy directivos, que se ha visto relacionado con los comportamientos hiperactivo-impulsivo (Keown, 2012). Además, dicha sobreprotección también se ha visto relacionada con diversos problemas que están

unidos a la hiperactividad como son la ansiedad, las dificultades en las relaciones con sus iguales y las conductas disruptivas (Pfiffner y Macburnett, 2006).

A pesar de ser muy pocos los estudios que han tenido en cuenta en su metodología de muestreo que dentro del diagnóstico de TDAH hay diferentes subtipos. Finzi et al. (2006) tuvieron en cuenta en su muestreo los diferentes subtipos del trastorno y en sus resultados encontraron diferencias en función el subtipo del que son diagnosticados los afectados, en relación al nivel de control de los padres. Hallaron mayores estilos de control en los padres con niños diagnosticados del subtipo predominantemente hiperactivo impulsivo, que en padres con niños diagnosticados del subtipo predominantemente inatento.

Teniendo en cuenta las diferentes variables que se han estudiado para relacionar el TDAH con los estilos educativos parentales, y viendo las asociaciones encontradas al respecto en la muestra de padres con niños diagnosticados con TDAH, es imprescindible intervenir en el establecimiento de prácticas de crianza que beneficien la evolución satisfactoria de la sintomatología del TDAH. Por tanto, se requiere analizar la eficacia de la función parental para intervenir adecuadamente en cada caso (Mas, 2009; Keown, 2012).

Bor, Sanders y Markie-Dadds (2002) pudieron observar mejorías en el grado de negligencia cuando se llevaron a cabo intervenciones conductuales con la familia, y a su vez, también se produjeron mejoras en los problemas de comportamiento que se habían visto en los afectados de TDAH.

Miranda-Casas et al., (2007) consideran que no se debe centrar la intervención en temas exclusivamente conductuales, sino que se requiere abordar las dimensiones afectivas parentales. Proponen trabajar en el desarrollo de técnicas de solución de problemas, de reestructuración cognitiva y de relajación para favorecer que se lleven a cabo técnicas efectivas de disciplina y una adecuada comunicación con sus hijos con TDAH.

También, se requiere hondar en la repercusión de los síntomas de TDAH de los padres en el desarrollo de sus hijos. Puesto que se ha detectado un mayor riesgo en la eficacia de la crianza (Mokrova, O'Brien, Calkins y Keane, 2010). Las madres se autodescribieron con un menor impacto paternal y una satisfacción de crianza inferior, y se observaron comportamiento más hostiles y reactivos de las madres hacia los hijos más difíciles. Por tanto, estas percepciones y comportamientos de la madre pueden aumentar el riesgo de desarrollar problemas conductuales y emocionales (Watkins y Mash, 2009).

3.4. Instrumentos para estudiar los estilos educativos

Los Estilos Educativos han sido estudiados desde la perspectiva de los propios padres y la de sus hijos. A continuación se describen los cuestionarios más utilizados en las diversas investigaciones revisadas para este estudio.

Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Shelton, Frick y Wootton, 1996). Se creó para evaluar las dimensiones más importantes de las prácticas de los estilos educativos parentales que se habían visto relacionadas significativamente con problemas de comportamiento disruptivo en niños: Implicación Parental (IM), Estilo Educativo Positivo (EEP), Escasa Monitorización/Supervisión (EMS), Inconsistencia en la Disciplina (ID) y Castigo Corporal (CC). Se miden desde una perspectiva de múltiples métodos de evaluación (formatos de autoinforme y entrevista telefónica) y fuentes de información (versión para padres y para hijos). Incluye 35 ítems y 7 adicionales que miden prácticas disciplinarias que no sean de Castigo Corporal. El análisis psicométrico de la versión original del instrumento ha puesto en evidencia su elevada fiabilidad y validez.

Child's Reports of Parental Behavior Inventory (CRPBI; Schaefer, 1965, citado por Samper, Cortés, Mestre, Nácher y Tur, 2006). Evalúa la percepción que tienen los hijos de los estilos de crianza y la relación con su padre y con su madre. Está basado en un modelo

tridimensional que identificó tres pares de factores ortogonales denominados: Aceptación frente Rechazo; Autonomía psicológica frente Control psicológico (control parental a través de la dominación y la inducción de culpa y ansiedad); Control firme frente Control laxo (control parental a través de la imposición de reglas y establecimiento de límites).

Egna Minen Beträffande Uppfostran (EMBU; Perris, Jaccobsson, Lindström, VonKnorrrin y Perris, 1980). Se encuentra entre las medidas más utilizadas en la evaluación de las percepciones de los adultos sobre el comportamiento de crianza de los padres. Las últimas versiones del instrumento evalúan cuatro factores: 1) Rechazo (RE), medido a través de ítems relacionados con el uso del castigo corporal, el rechazo del hijo como persona, la hostilidad, la ausencia de respeto respecto al punto de vista del hijo, y el ridiculizar y/o criticar sus defectos en presencia de los demás; 2) Calidez Emocional (CE), evaluada a través de ítems sobre la existencia de atención afectuosa y cariñosa, de ayuda (sin llegar a ser intrusito), de respeto de los puntos de vista, y de estimulación intelectual; 3) Sobreprotección (SP), relacionada con la protección parental exagerada, alto nivel de intrusión, altos estándares de éxito, imposición de normas estrictas, exigencia de obediencia; y 4) Favoritismo (FA) entre hermanos. Se ha adaptado en más de 25 países y se ha mantenido la estructura de los tres primeros factores, el cuarto no ha sido tan consistente.

Escala de Afecto (EA; Fuentes, Motrico y Bersabé, 1999). Se compone de dos factores: 1) afecto-comunicación y 2) crítica-rechazo de los padres hacia sus hijos. Cada uno de los factores se compone de 10 ítems que se contestan en una escala tipo Likert con cinco grados de frecuencia (nunca, pocas veces, algunas veces, a menudo, y siempre). Consta de una versión para ser contestada por los hijos (EA-H), y otra para ser contestada por los padres (EA-P).

Escala de Estilos de Socialización Parental en la Adolescencia (ESPA-29, Musitu y García, 2004). Se fundamenta en los dos ejes de socialización: a) implicación-aceptación (expresión de reacciones de aprobación y afecto cuando los hijos se comportan de acuerdo con las normas familiares) y b) «coerción-imposición» (estilo de socialización ante el comportamiento que discrepa con las normas familiares). Al combinarlas se obtienen cuatro estilos parentales: a) estilo autorizativo (alta aceptación-implicación y alta coerción-imposición); b) estilo indulgente (alta aceptación-implicación y baja coerción-imposición); c) estilo autoritario (baja aceptación-implicación y alta coerción-imposición); d) estilo negligente (puntuaciones bajas en ambas dimensiones).

Escala de Evaluación de Estilos Educativos (4E) (Palacios, 1994). Está formado por cuatro subescalas, compuesta cada una por entre cuatro y seis ítems. Las subescalas contienen las siguientes dimensiones: Comunicación, afecto, nivel de exigencia, y grado de control. Es un cuestionario que completan los padres, y que consta de 20 ítems con cinco opciones de respuesta.

Escala de Normas y Exigencias (ENE; Fuentes et al., 1999). Consta de 3 factores: 1) forma inductiva, 2) forma rígida y 3) forma indulgente que tienen los padres de establecer y exigir el cumplimiento de las normas. Los dos primeros factores tienen 10 ítems, y el tercero se compone de 8. Consta de una versión para ser contestada por los hijos (ENE-H), y otra para ser contestada por los padres (ENE-P).

Parental Authority Questionnaire (PAQ) (Buri, 1991). Está formado por 30 ítems de escala tipo likert de 5 grados. Evalúa los tres prototipos parentales: autoritario, democrático y permisivo. El cuestionario lo completan los hijos, y aporta 6 puntuaciones: 3 para los prototipos del padre, y otros 3 para los de la madre.

Test Evaluativo Multi -factorial de Adaptación Infantil (TAMAI) (Hernández, 1990). Destinado a la apreciación del grado de adaptación. Analiza también las actitudes educadoras de los padres. Entre los diversos factores evaluados figuran los siguientes: Infravaloración, Regresión, Indisciplina, Conflicto con las normas, Desconfianza social y Relaciones con los padres.

4-Propuesta de intervención: Programa para prevenir e intervenir en el fomento del apego.

Dirigido

A las figuras parentales con un hijo de entre tres y siete años que cursa con sintomatología similar a la del TDAH.

Objetivo General

Proporcionar a los padres las herramientas teóricas y prácticas para conseguir en el clima familiar la implementación de estrategias de prevención e intervención en el fomento del apego.

Objetivos Específicos

- Conocer la importancia del establecimiento de un patrón de apego seguro para lograr un desarrollo satisfactorio.
- Fomentar la sensibilidad parental.
- Enseñar a aplicar los conocimientos y las habilidades para conseguir que los padres fomenten la capacidad de mentalización y de regulación en la interacción con sus hijos.
- Analizar la mejora de las relaciones padre-hijo con el aprendizaje de los conocimientos y puesta en práctica de las habilidades para el fomento del apego.

Contenidos

- Desarrollo y formación del apego.
- Los factores que influyen en el establecimiento de un apego seguro.
- Las necesidades de los niños en los diferentes periodos evolutivos.

- Las conductas que son apropiadas en la interacción con nuestros hijos para el establecimiento de un apego seguro.
- Como dar soluciones adecuadas a los problemas que surgen en las interacciones padre-hijo.

Metodología

El programa consta de 16 sesiones que incluyen:

- Exposición de temas concretos.
- Visualización de videos para lograr:
 - Identificar las necesidades de los niños y determinar las habilidades necesarias para hacer frente a cada situación del video.
 - Conocer las fortalezas y debilidades de cada uno respecto a las habilidades para hacer frente a la situación.
 - Analizar si cada uno podría responder afectiva y conductualmente de la manera apropiada.
 - Role-playing para que experimenten el desarrollo de las habilidades necesarias para cada situación.

5. Objetivos e hipótesis de la investigación

Objetivo Principal

El objetivo principal del estudio es la comparación de las representaciones vinculares y determinadas variables de los estilos educativos entre la información proporcionada por los padres de niños y adolescentes de 6 a 16 años y los propios adolescentes que tienen un diagnóstico positivo de TDAH, y las familias y los propios adolescentes que no padecen el trastorno (grupo control). Así como constatar si los niños y adolescentes con TDAH tienen mayores problemas externalizantes (problemas de conducta y agresividad) e internalizantes (ansiedad y depresión) en comparación con los niños y adolescentes que no cursan con sintomatología de TDAH. A su vez, analizamos si influyen en los resultados de algunas de las variables indicadas, la edad de los niños, el nivel sociocultural, la edad en la que se realiza el diagnóstico de TDAH y el subtipo del que son diagnosticados.

El grupo con diagnóstico positivo de TDAH se dividió en tres subgrupos, en función del subtipo al que pertenecen (según el manual diagnóstico estadístico de enfermedades mentales DSM-IV (APA, 2002) el trastorno se divide en tres subtipos de acuerdo a las principales características asociadas con el trastorno). Estos son los subtipos: Subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo, Subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado.

Hipótesis General

Las puntuaciones obtenidas en las diferentes dimensiones y escalas de las medidas utilizadas varían en función del grupo al que pertenecen los sujetos. Influyendo a su vez en algunas de las variables indicadas la edad de los niños, el nivel sociocultural, la edad en la que se realiza el diagnóstico y el subtipo del que son diagnosticados.

De este objetivo e hipótesis general se desprenden los siguientes objetivos e hipótesis de trabajo o hipótesis secundarias atendiendo a la información proporcionada por los padres y por los adolescentes:

Objetivos e hipótesis secundarias respecto a la información proporcionada por los padres

1. Estudiar las representaciones vinculares

Hipótesis:

1.a) En relación a los resultados obtenidos esperamos que el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) muestren que sus hijos tienen mayores niveles de representaciones vinculares inseguras (de tipo ambivalente o desorganizado) en comparación con el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control.

1.b) Respecto a los resultados obtenidos esperamos que el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) muestren mayores puntuaciones en la subescala de agente instrumental (menor disponibilidad y accesibilidad) y en la subescala regulador emocional (menor sensibilidad y disponibilidad) en comparación con el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control.

2. Estudiar los estilos educativos

Hipótesis:

2.a) En relación a los estilos educativos esperamos que los padres de los niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) obtengan mayores puntuaciones en disciplina severa, disciplina inconsistente y pobre supervisión; y menor puntuación en crianza positiva en comparación con los padres de los niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y del grupo control.

3. Valorar la influencia de la edad del niño en los problemas de conducta y agresividad

Hipótesis:

3.a) A mayor edad de los hijos se obtendrán mayores puntuaciones en problemas de conducta y agresividad, tanto en la muestra control como en la muestra TDAH.

4. Valorar la evolución de la sintomatología a lo largo del desarrollo evolutivo

Hipótesis:

4.a) En los niños con un diagnóstico temprano de TDAH (considerando que el diagnóstico temprano se realiza a los 6 años o inclusive antes) se contempla en comparación con niños que tienen un diagnóstico de TDAH más tardío, una mayor puntuación en la actualidad de los síntomas de hiperactividad, impulsividad, déficit de atención, problemas de conducta, agresividad, depresión y ansiedad.

4.b) Los niños diagnosticados de TDAH (todos los subtipos) desarrollan más síntomas de depresión, ansiedad, problemas de conducta y agresividad que los niños sin un diagnóstico de TDAH.

4.c) Los niños diagnósticos del subtipo predominantemente inatento desarrollan más síntomas de depresión y ansiedad que los niños diagnosticados del subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado.

4.d) Los niños diagnosticados del subtipo hiperactivo-impulsivo o combinado desarrollan más síntomas de problemas de conducta y agresividad que los niños diagnosticados del subtipo predominantemente inatento.

Objetivo e hipótesis secundaria respecto a la información proporcionada por los adolescentes

5. Estudiar las representaciones vinculares

Hipótesis:

5.a) Respecto a los resultados obtenidos esperamos que el grupo de adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) muestren menores puntuaciones en la subescala de confianza y en la subescala comunicación, y mayor puntuación en la subescala de alienación en comparación con el grupo de adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control.

6. Estudiar los estilos educativos

Hipótesis:

6.a) En relación a los estilos educativos esperamos que los adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) obtengan mayores puntuaciones en disciplina severa, disciplina inconsistente y pobre supervisión; y menor puntuación en crianza positiva en comparación con los

adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y del grupo control.

Objetivos e hipótesis secundarias respecto a la información proporcionada tanto por los padres como los adolescentes

7. Valorar la relación existente entre el nivel educativo de los padres y la disciplina que ejercen.

Hipótesis:

7.a) A mayor nivel educativo de los padres se obtendrán menores puntuaciones en disciplina inconsistente, tanto en la muestra control como en la muestra TDAH.

8. Valorar la influencia de la edad del niño en las dificultades de su crianza.

Hipótesis:

8.a) A mayor edad de los hijos se obtendrán menores puntuaciones en crianza positiva, tanto en la muestra control como en la muestra TDAH.

6. MÉTODO

6.1. Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal de caso control comparando las respuestas obtenidas de los cuestionarios completados por dos grupos de familias con niños de entre 6 y 16 años y los propios adolescentes. Un grupo formado por padres de niños con un diagnóstico positivo de TDAH (N= 204) y los propios adolescentes con TDAH (N=63), y el grupo control de padres con niños sin TDAH (N= 342) y los propios adolescentes sin TDAH (N=133).

6.2. Descripción de la muestra. Participantes

6.2.1. Muestra de los padres.

En el cuestionario se solicitaba que indicaran quién contestaba a las preguntas expuestas: la madre, el padre o ambos. La mayoría de los cuestionarios fueron contestados por las madres (Figura 5).

Respecto a la distribución por el grupo al que pertenecen los sujetos de la muestra, el grupo de TDAH se dividió en tres subgrupos, el subtipo hiperactividad más impulsividad representaba el 2.4% (N=13), el subtipo déficit de atención el 13.7% (N=75) y el subtipo combinado el 21.2% (N=116) del total de casos. Y el grupo control representaba el 62.6% (N=342) del total de casos (Figura 6). La sobrerrepresentación de casos en el subtipo combinado se justifica por la mayor prevalencia que estiman los autores en el diagnóstico de este subtipo, seguido del predominantemente inatento y finalmente el subtipo hiperactivo impulsivo (Cardo y Servera, 2005).

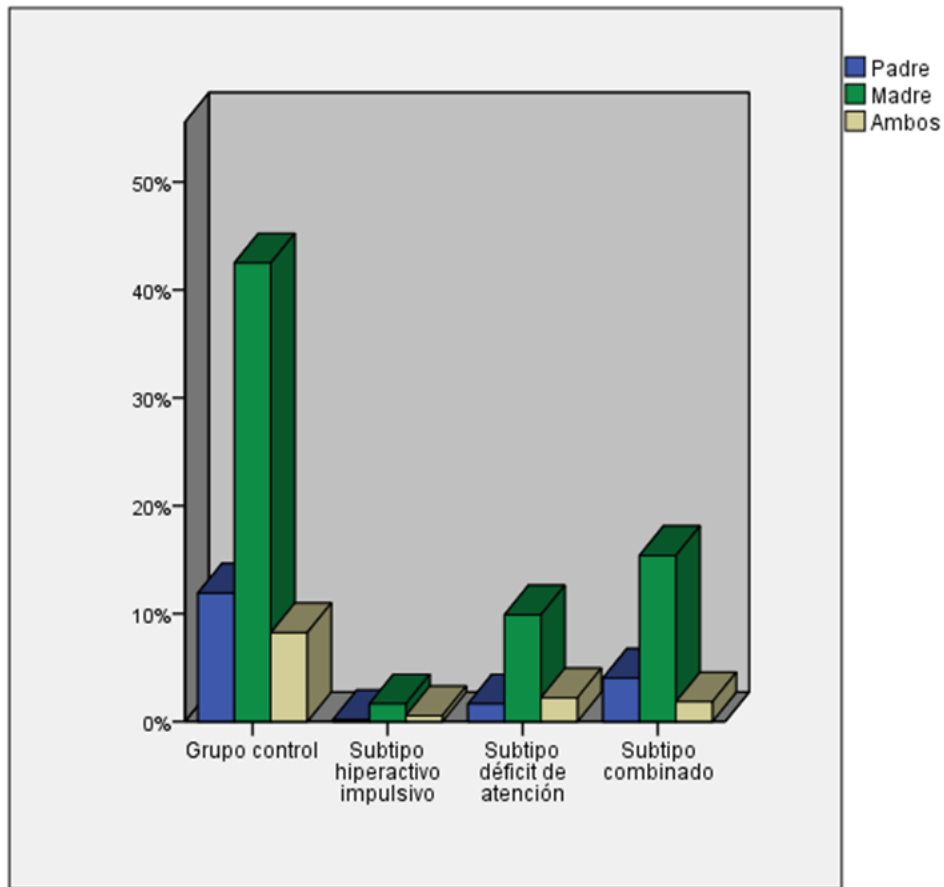


Figura 5. Porcentajes según la persona que contesta al cuestionario.

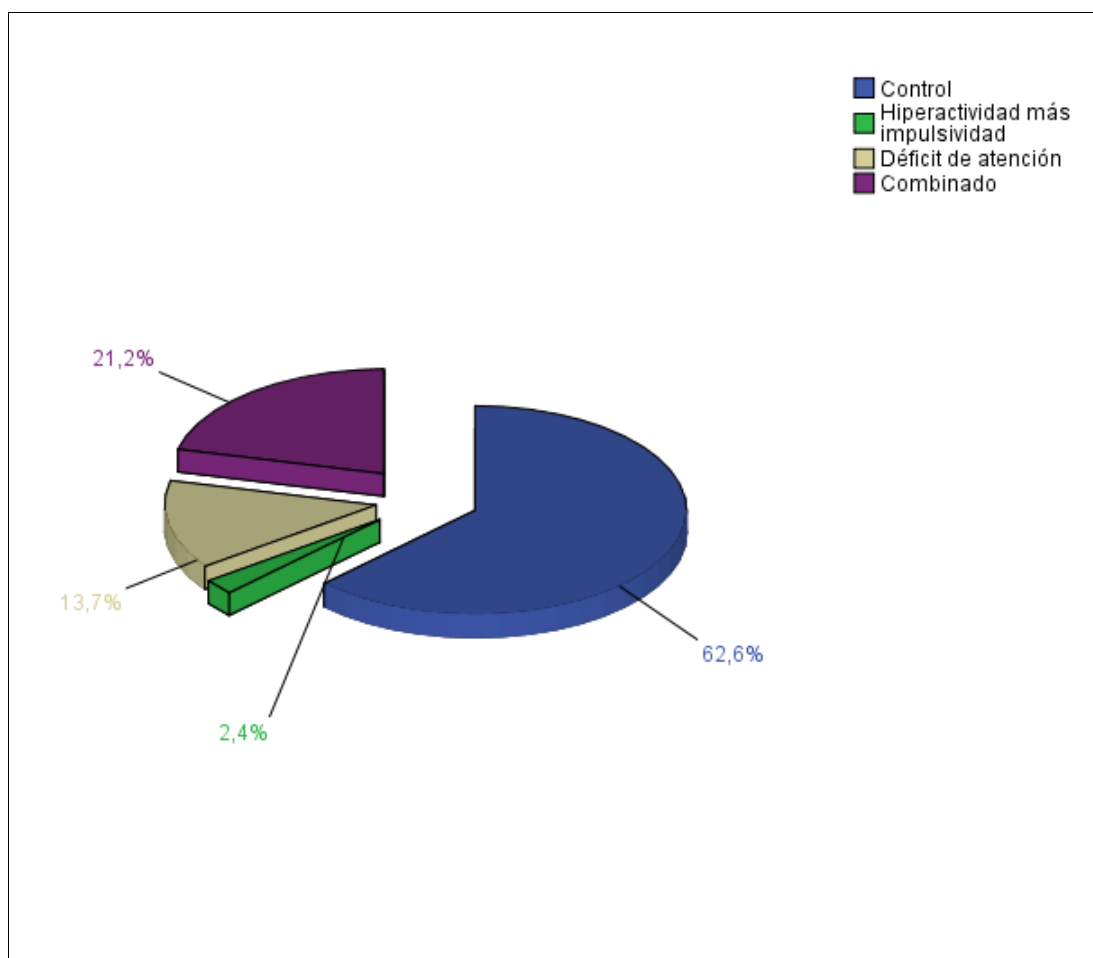


Figura 6. Porcentajes según grupo o subtipo al que pertenecen los sujetos de la muestra.

En cuanto a la distribución por sexo, el número de niños del grupo de TDAH, subtipo hiperactivo impulsivo fue de 9, lo que supone un 69.2% de la muestra total, mientras que el número de niñas fue de 4, que corresponde con un 30.8%. Respecto al número de niños en el subtipo déficit de atención fue de 57, lo que supone un 76%, en cuanto a las niñas el número fue de 18, que corresponde a un 24%. En el caso del subtipo combinado el número de niños fue de 91, lo que supone un 78.4%, y el número de niñas fue de 25, que corresponde con un 21.6%. Finalmente, el grupo control se distribuyó en un 57% (N=195) de niños frente al 43.0% (N=147) de niñas (Tabla 1 y Figura 7). El predominio de varones sobre mujeres en el

grupo de TDAH es el esperado debido a la mayor frecuencia del trastorno en varones (APA, 2002).

Tabla 1

Grupo al que pertenecen según sexo

Grupo al que pertenecen		Niño		Niña		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupo experimental	Subtipo Hiperactividad más impulsividad	9	69.2	4	30.8	13	2.4
	Subtipo Déficit de Atención	57	76.0	18	24.0	75	13.7
	Subtipo Combinado (Hiperactividad más impulsividad más déficit de atención)	91	78.4	25	21.6	116	21.2
Grupo control		195	57.0	147	43.0	342	62.6

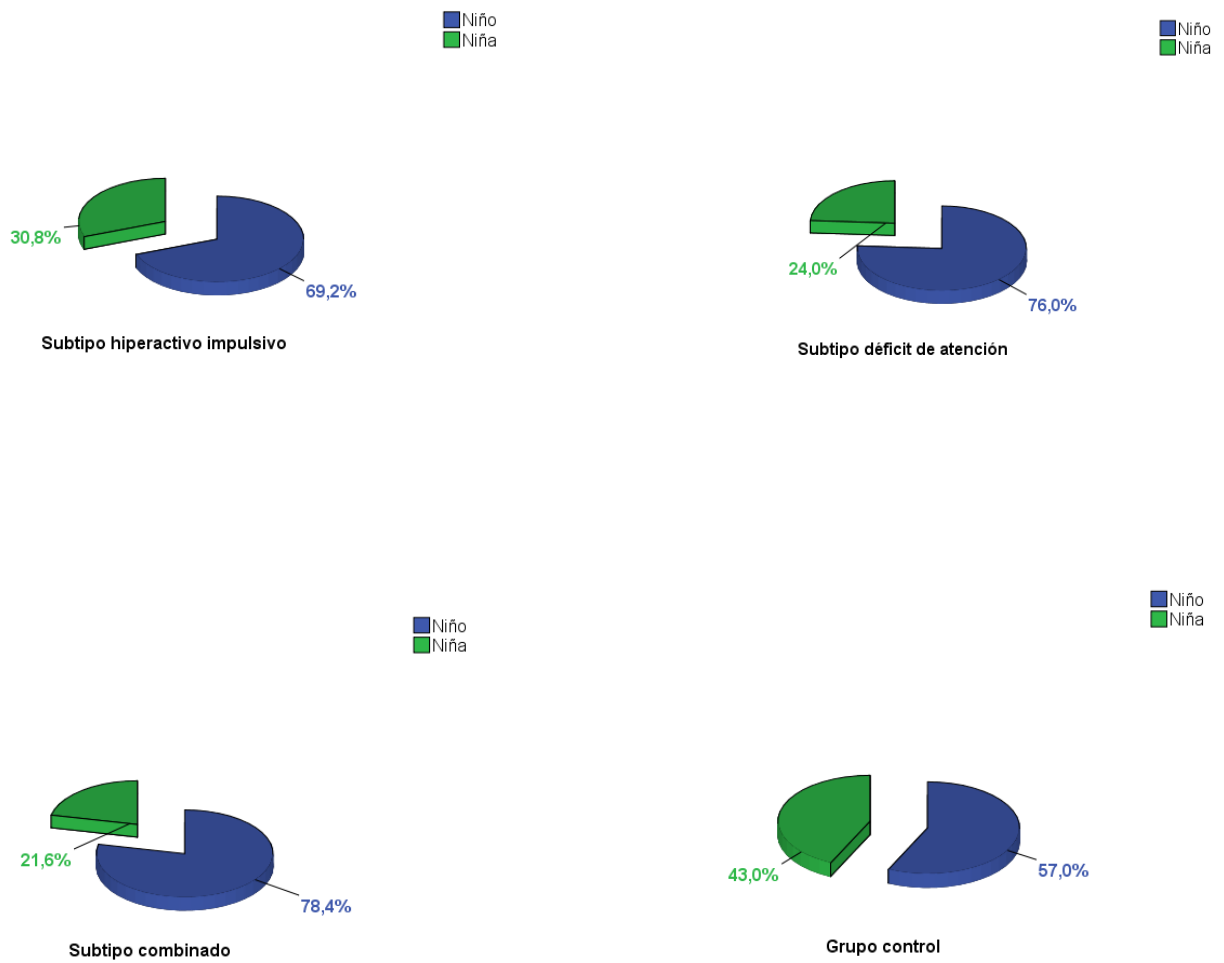


Figura 7. Porcentajes según grupo o subtipo al que pertenecen de acuerdo al sexo del niño/adolescente.

Referente a la distribución teniendo en cuenta la variable curso académico que está cursando el niño (Figura 8). En cuanto al grupo de TDAH el 76.9% del subtipo hiperactivo impulsivo, 64% del subtipo déficit de atención y el 71.6% del subtipo combinado se encontraba cursando primaria (ciclo inicial de 6 a 8 años, ciclo medio de 8 a 10 años y ciclo superior de 10 a 12 años). Y el porcentaje restante corresponde al 23.1% del subtipo hiperactivo impulsivo, 36% del subtipo déficit de atención y el 28.4% del subtipo combinado que estaba cursando el primer ciclo de secundaria (1º y 2º de la ESO de 12 a 14 años). De forma similar, en el grupo control se observa que un 61.1% de los niños se encontraba cursando primaria y el 38.9% restante estaba cursando el primer ciclo de secundaria (1º y 2º de la ESO de 12 a 14 años). El mayor número de casos diagnosticados de TDAH que se observan en la muestra se encontraban cursando primaria. El mayor porcentaje en este periodo escolar se justifica por la mayor prevalencia de TDAH que los autores han constatado en el rango de edad de los 6 a los 9 años (Cardo y Servera, 2005)

Respecto a las características de las familias del grupo TDAH, en el subtipo hiperactivo impulsivo el 84.6% presentaba una estructura familiar biparental, mientras que el 7.7% tenía una estructura reconstituida y el 7.7% se encontraba en proceso de acogida. En el subtipo déficit de atención hemos observado que el 84% tenía una estructura familiar biparental, el 8% una estructura monoparental, el 6.7% pertenecía a una estructura reconstituida y el 1.3% se encontraba en proceso de acogida. Dentro del subtipo combinado hemos encontrado que el 82.8% tenía una estructura familia biparental, el 12.9% una estructura monoparental y el 4.3% reconstituida. En cuanto a las características del grupo control, el 89.5% correspondía a una estructura familiar biparental, el 7.9% una estructura monoparental y el 2.6% reconstituida (Figura 9). En todos los grupos observamos que el mayor porcentaje de los casos pertenecía a familias con una estructura familiar biparental.

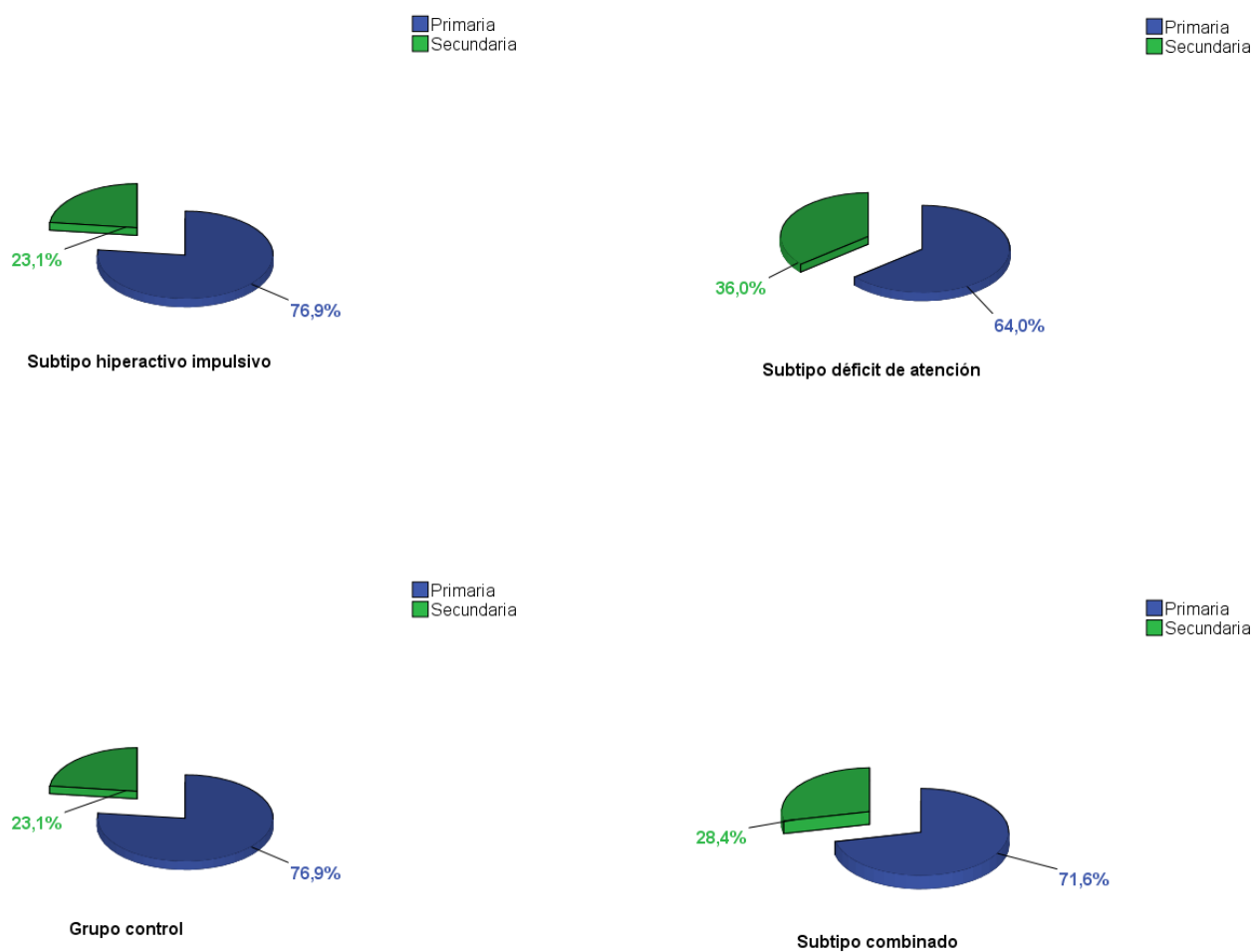


Figura 8. Porcentajes según grupo o subtipo al que pertenecen de acuerdo al nivel de estudios que está cursando.

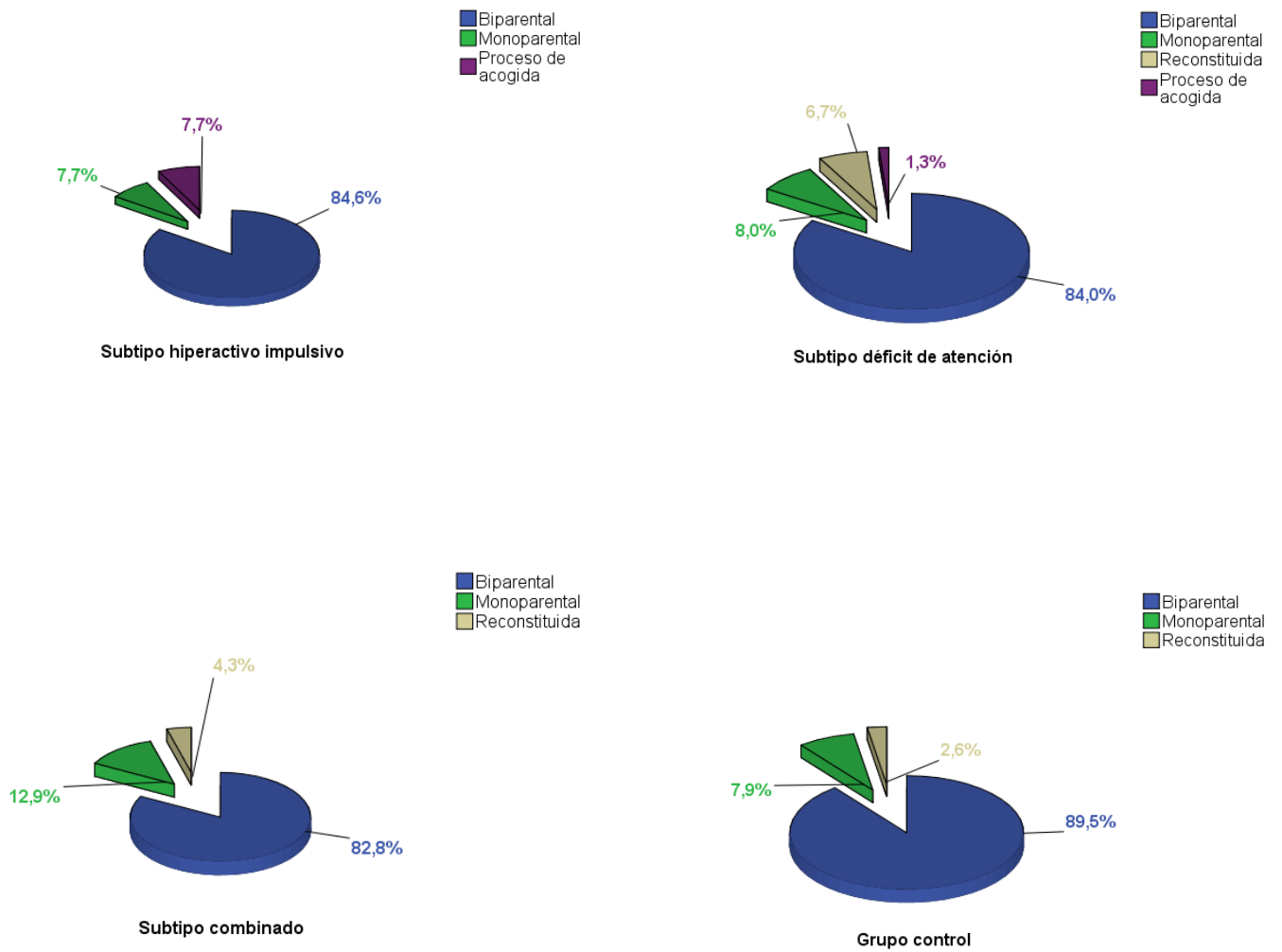


Figura 9. Porcentajes del tipo de estructura familiar que se contempla en cada grupo o subtipo al que pertenecen los sujetos de la muestra.

Describimos a continuación la distribución de los hermanos biológicos en cada uno de los grupos, en el subtipo hiperactivo impulsivo visualizamos que el 69.2% tenía un hermano y el 15.2% dos hermanos; en el subtipo déficit de atención el 56% tenía un hermano, el 14.7% dos hermanos y el 2.7% tres hermanos; y en el subtipo combinado el 66.4% tenía un hermano, el 9.5% dos hermanos y el 2.6% tres hermanos. En cuanto al grupo control, el 59.1% tenía un hermano, el 13.5% dos hermanos y el 1.5% tres hermanos (Figura 10). Podemos observar que independientemente del grupo de la muestra, existía un mayor porcentaje de familias que estaban compuestas por dos hijos.

En cuanto a la existencia de hermanastros dentro de la familia en cada uno de los grupos, en el subtipo hiperactivo impulsivo encontramos que el 7.7% de los casos tenía un hermanastro, en el subtipo déficit de atención el 2.7% tenía un hermanastro y el 1.3% dos hermanastros, y en el subtipo combinado el 5.2% de los casos tenía un hermanastro y el 1.7% dos hermanastros. Respecto al grupo control, el 2.9% tenía un hermanastro y el 0.9% dos hermanastros (Figura 11). Por tanto, contemplamos un mayor porcentaje de familias que no tenían en su seno familiar hermanastros.

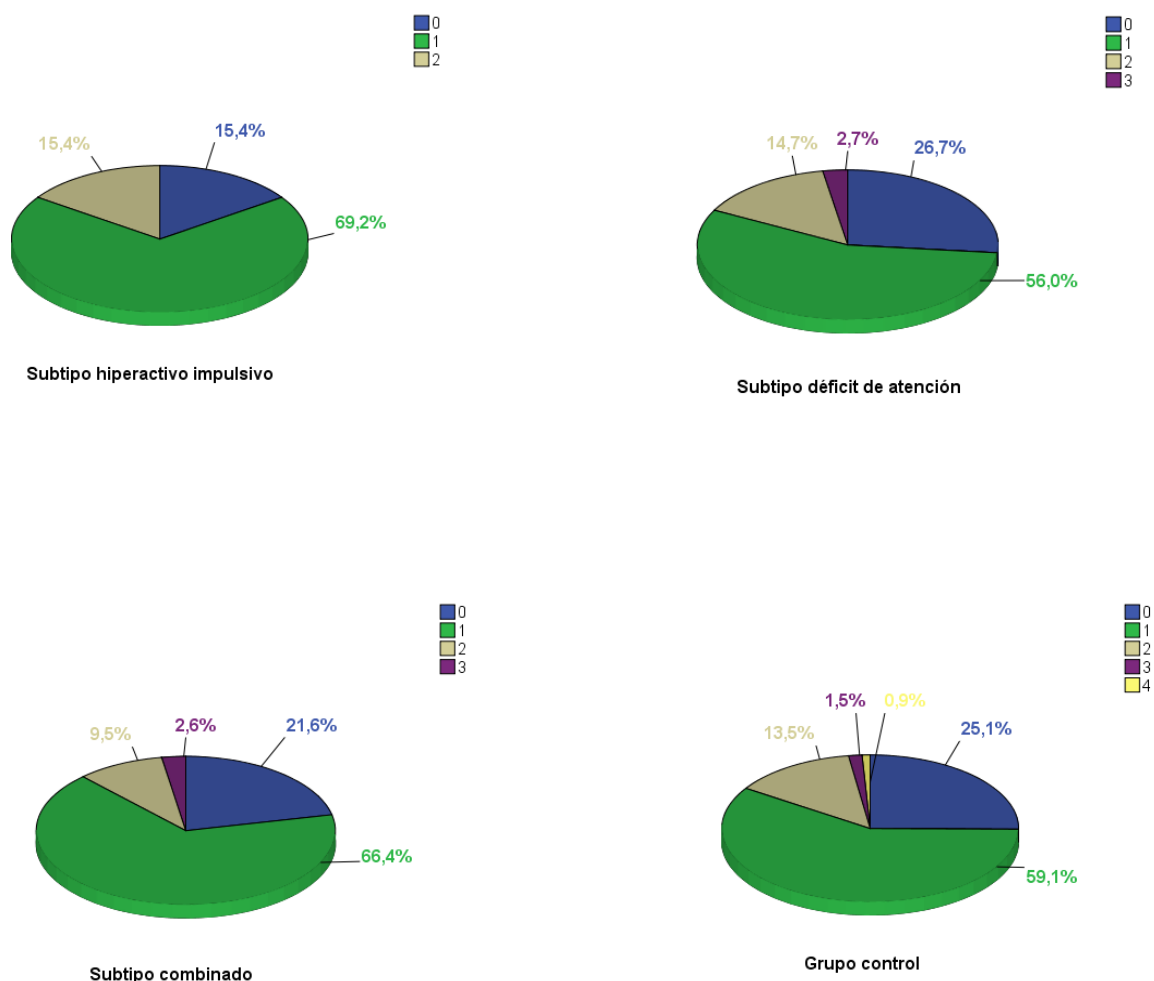


Figura 10. Porcentajes de hermanos en cada grupo o subtipo al que pertenecen los sujetos de la muestra.

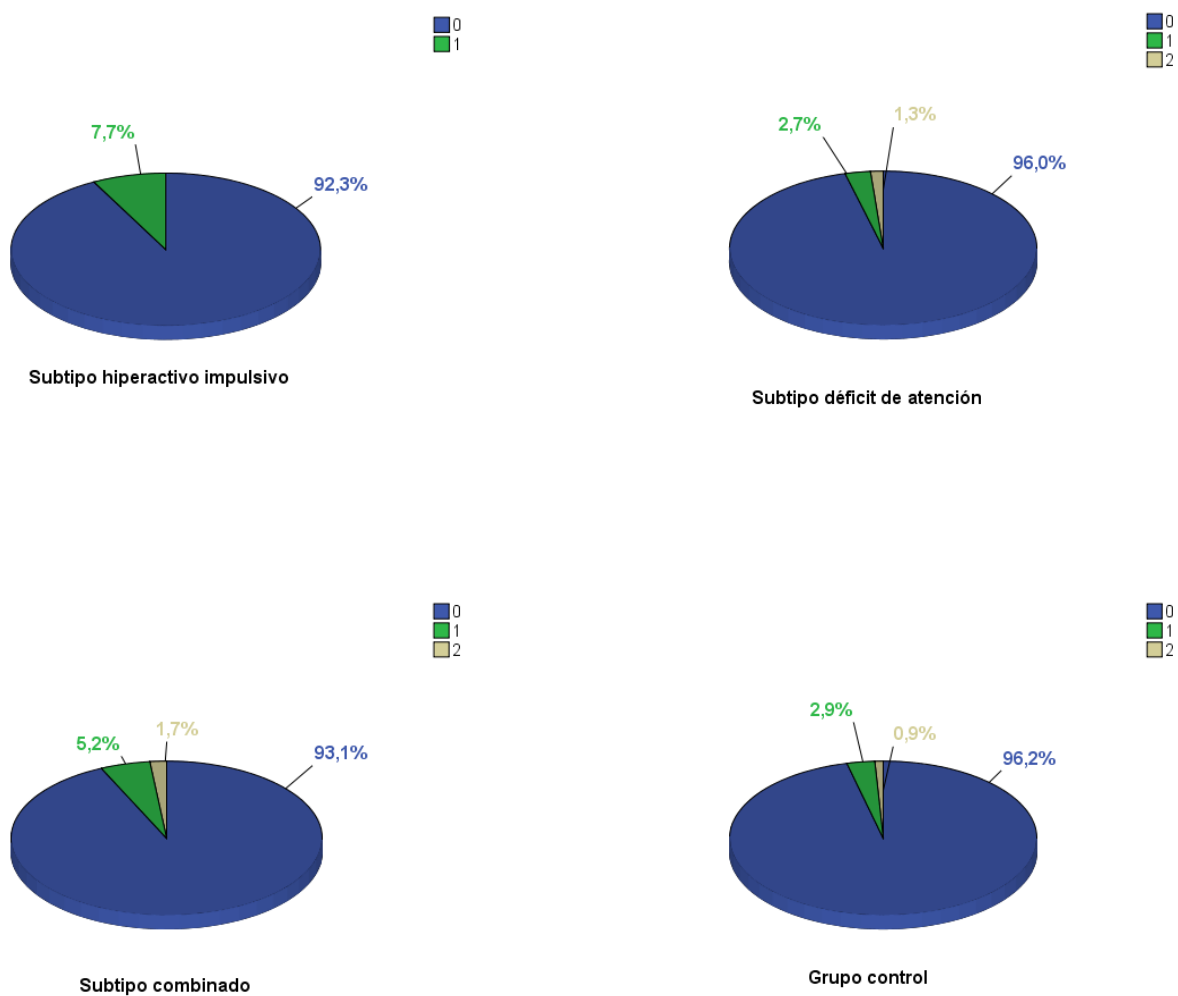


Figura 11. Porcentajes de hermanastros en cada grupo o subtipo al que pertenecen los sujetos de la muestra.

A continuación exponemos los porcentajes del nivel máximo de estudios alcanzado por el padre (Figura 12).

En cuanto al grupo TDAH, en el subtipo hiperactivo impulsivo el 30.8% tenía estudios de ciclo formativo de grado medio, el 30.8% alcanzó la titulación en una licenciatura o arquitectura, el 23.1% poseía estudios de la ESO o graduado escolar, el 7.7% no tenía estudios o no había alcanzado el título de la ESO y el 7.7% de los padres de la muestra no contestaron nuestra pregunta. En el subtipo déficit de atención observamos que el 36% alcanzó estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 28% tenía estudios de la ESO o había obtenido el graduado escolar, el 16% poseía estudios de ciclo formativo de grado medio, el 13.3% ostentaba una titulación de licenciatura o arquitectura y el 5.3% un título de diplomatura. Finalmente, el 1.3% no nos aportaron una respuesta. En el subtipo combinado, el 29.3% había obtenido estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 27.6% tenía estudios de la ESO o había obtenido el graduado escolar, el 21.6% alcanzó estudios de ciclo formativo de grado medio, el 8.6% tenía un título de diplomatura y el 7.8% un título de licenciatura o arquitectura. El 0.9% no tenía estudios o no había alcanzado la ESO y el 4.3% de los padres no nos facilitaron una respuesta.

En el grupo control, el 40.4% ostentaban una titulación de licenciatura o arquitectura, el 17.3% tenía estudios de la ESO o había obtenido el graduado escolar, el 13.2% alcanzó estudios de grado medio, el 12.9% poseía estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato y el 11.1% disponía de estudios de licenciatura o arquitectura. El 2.6% no tenía estudios o no había obtenido la titulación de la ESO y el 2.6% de los padres no nos dieron una respuesta.

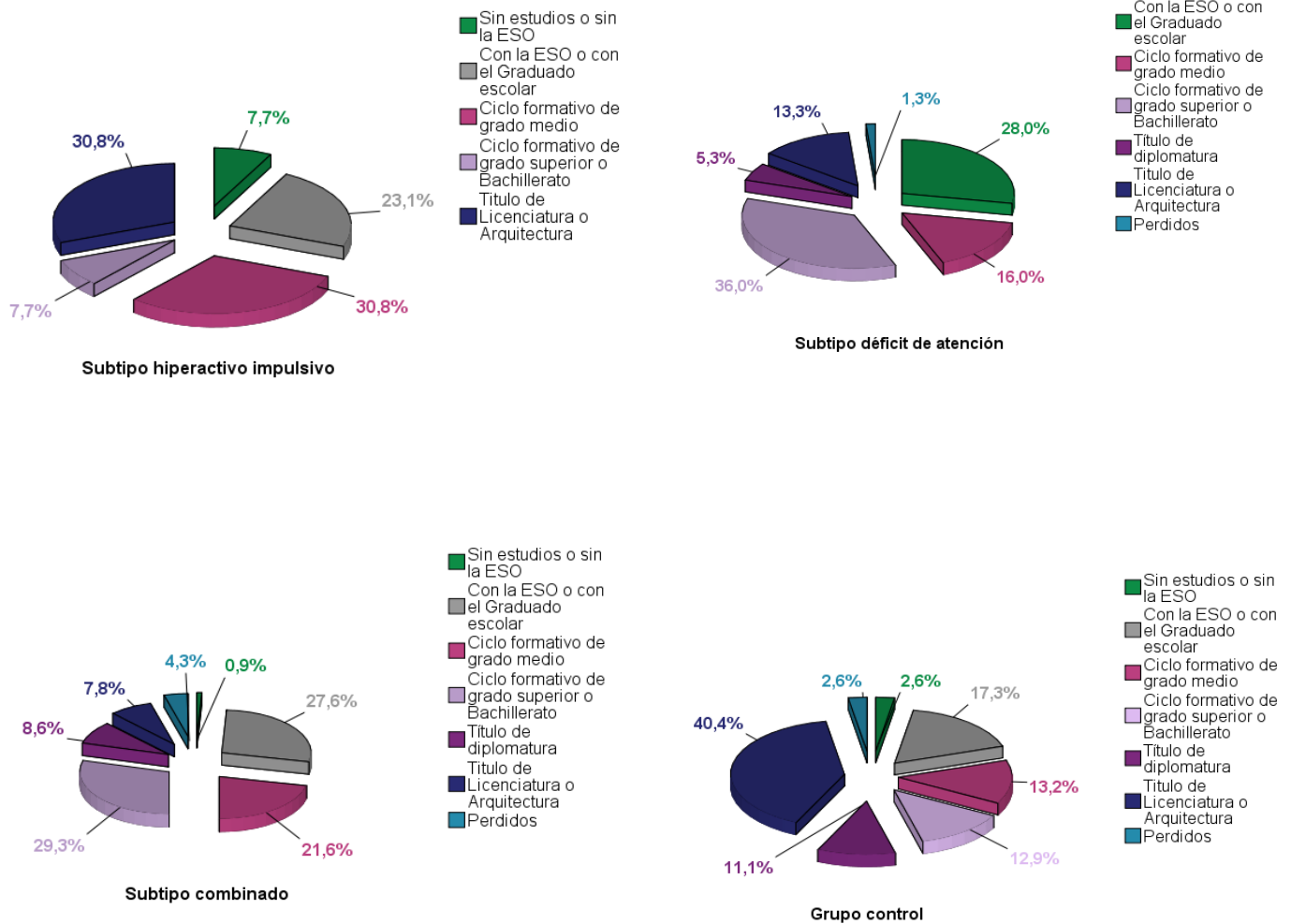


Figura 12. Porcentajes del nivel máximo de estudios alcanzado por el padre en cada grupo o subtipo al que pertenecen los sujetos de la muestra.

En el párrafo siguiente exponemos los porcentajes del nivel máximo de estudios alcanzado por la madre (Figura 13).

En cuanto al grupo TDAH, en el subtipo hiperactivo impulsivo el 46.2% poseía estudios de la ESO o graduado escolar, el 23.1% ostentaba un título de diplomatura y el 15.4% un título de licenciatura o arquitectura. Finalmente, el 15.4% había obtenido estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato. En el subtipo déficit de atención observamos que el 29.3% alcanzó estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 22.7% tenía un título de licenciatura o arquitectura, el 20% poseía estudios de ciclo formativo de grado medio, el 16% alcanzó estudios de la ESO o había obtenido el graduado escolar, el 10.7% tenía un título de diplomatura y el 1.3% no tenía estudios o no había alcanzado estudios de la ESO. En el subtipo combinado, el 27.6% había conseguido estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 25% alcanzó estudios de la ESO o graduado medio, el 19.8% tenía un título de diplomatura, el 17.2% obtuvo estudios de ciclo formativo de grado medio y el 8.6% tenía un título de licenciatura o arquitectura. El 0.9% no tenía estudios o no había alcanzado estudios de la ESO y el 0.9% de las madres no nos proporcionaron una respuesta.

En el grupo control, el 35.1% ostentaba una titulación de licenciatura o arquitectura, el 19.3% tenía un título de diplomatura, el 16.7% alcanzó estudios de la ESO o graduado medio, el 15.8% poseía estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato y el 11.1% tenía estudios de ciclo formativo de grado medio. El 1.5% no tenía estudios o no había obtenido la titulación de la ESO y el 0.6% de las madres no nos contestaron a la pregunta.

La variedad de niveles de estudios alcanzado por el padre y la madre en las diverso grupos es el esperado teniendo en cuenta que la muestra recogida es de un nivel sociocultural bajo-medio.

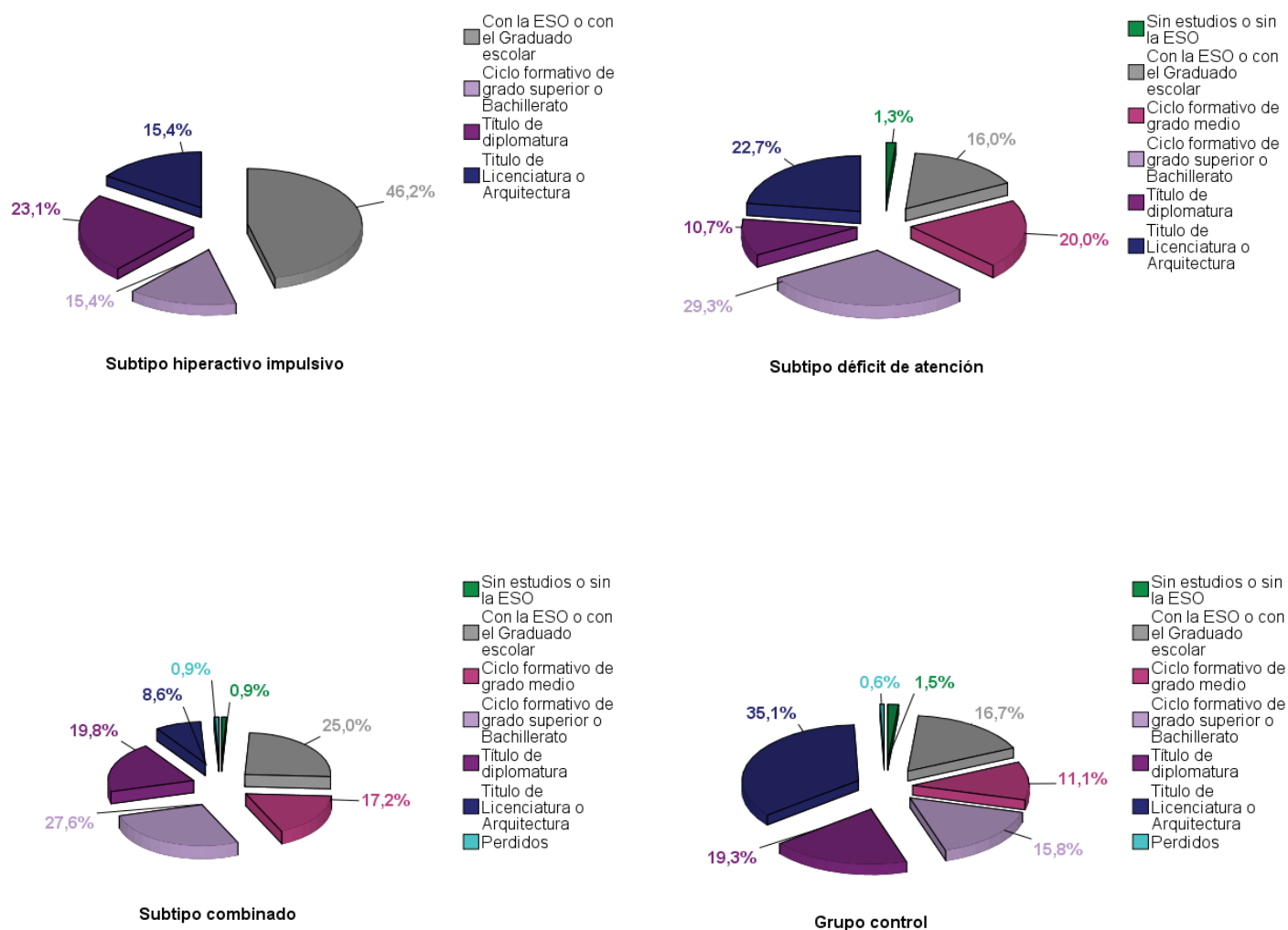


Figura 13. Porcentajes del nivel máximo de estudios alcanzado por la madre en cada grupo o subtipo al que pertenecen los sujetos de la muestra.

La muestra se ha recogido de diversas localidades de las Provincias de Cantabria y de Bizkaia. En Cantabria se ha obtenido el 36.3% (N=124) del grupo control y el 41.7% (N= 85) del grupo TDAH. Y en Bizkaia se ha conseguido el 63.7% (N=218) del grupo control y el 58.3% (N=119) del grupo TDAH (Figura 14)

La muestra del grupo de TDAH de las localidades de Cantabria procede de la Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (CADAH) y de la Asociación Cántabra de Padres de Ayuda al Déficit de Atención y/o Hiperactividad (ACANPADAH), ambas con su sede en la ciudad de Santander. A su vez, han participado otras familias que sus hijos han sido diagnosticados en infanto-juvenil de Santander y Torrelavega. Los niños y adolescentes que acuden a CADAH y ACANPADAH son derivados por medio de los profesionales del ámbito sanitario una vez son diagnosticados con el trastorno de TDAH.

La muestra de TDAH de las localidades de Bizkaia proviene de la Asociación de Hiperactivos con Déficit de Atención del País Vasco (AHIDA), con su sede en Getxo. Los niños que acuden a la Asociación son diagnosticados por los profesionales de la Asociación o derivados por medio de los profesionales del ámbito sanitario una vez son diagnosticados con el trastorno de TDAH. También han participado familias que sus hijos han sido diagnosticados en el Hospital de Cruces.

Los casos del grupo control de las localidades de Cantabria que están cursando primaria proceden del colegio Francisco de Quevedo y Villegas en el municipio de Santiurde de Toranzo y del colegio Jose Luis Hidalgo en el municipio de Torrelavega. Y los que están cursando Secundaria, proceden del IES Marqués De Santillana en el municipio de Torrelavega. Se trata de centros donde acuden familias de nivel sociocultural bajo-medio. Hemos seleccionado dichos centros para la recogida de la muestra control debido a que la

gran mayoría de la muestra de familias con niños diagnosticados de TDAH pertenecen al núcleo de población que conforman el municipio de Torrelavega (Barreda, Campuzano, Duález, Ganzo, La Montaña, Sierrapando, Tanos, Torrelavega, Torres y Viérnoles) y municipios colindantes a Torrelavega.

El grupo control de las localidades de Bizkaia que están cursando primaria y secundaria, proceden del colegio Urdaneta situado en Bilbao y del colegio Vizcaya situado en Zamudio. Se trata de centros donde acuden familias de nivel sociocultural bajo-medio y abarcarían familias de diversas localidades de Bizkaia, del mismo modo que ocurre en el caso de la muestra de la Asociación AHIDA.

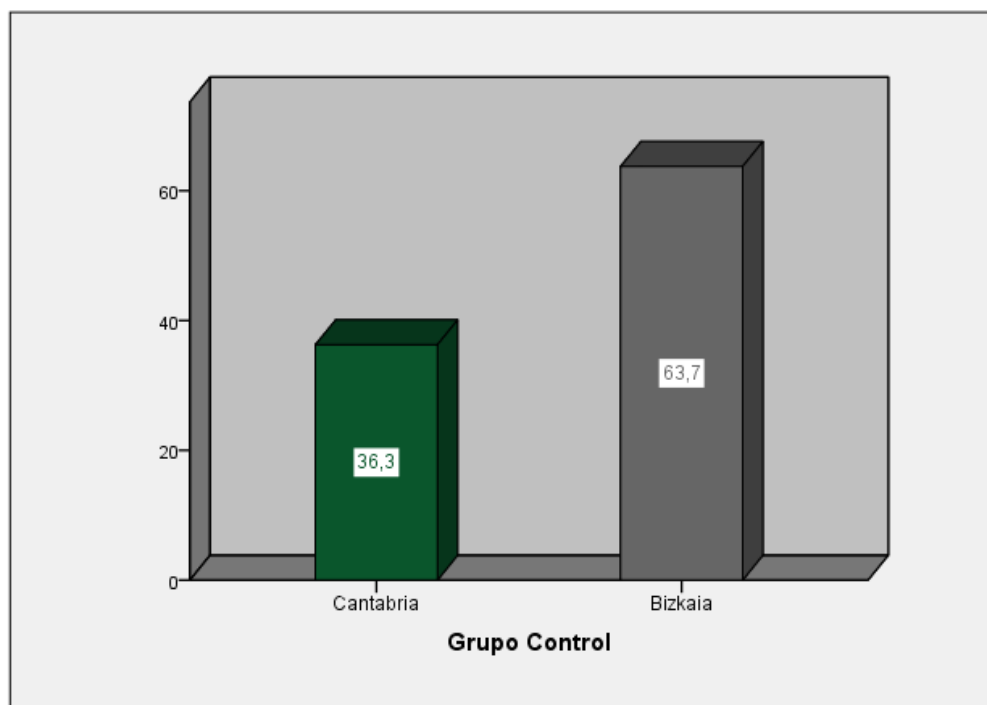
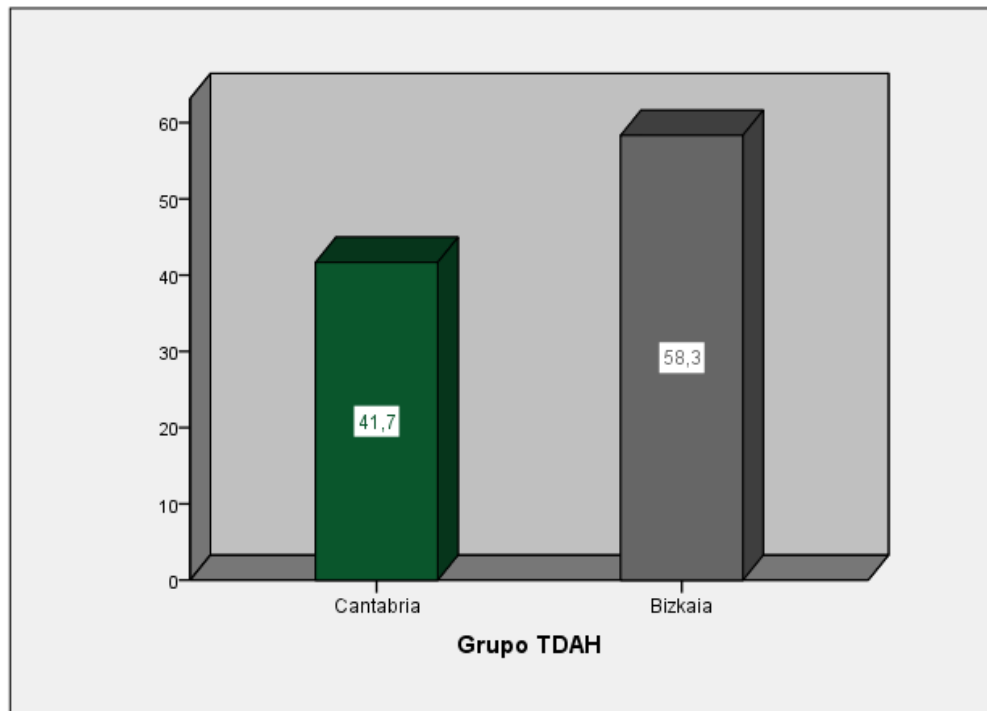


Figura 14. Porcentajes de los casos que se han recogido en cada una de las provincias.

En cuanto al ámbito en el que se efectúa el diagnóstico, observamos que el 68.1% (N=139) de los casos tenían un diagnóstico realizado por profesionales de la salud pública y un 31.9% (N=65) habían sido diagnosticados por profesionales del ámbito privado (figura 15). Y respecto a la edad que tenían cuando les realizaron el diagnóstico, el mayor porcentaje lo encontramos entre los 6 y los 9 años, debido a la mayor prevalencia de TDAH en este rango de edad (Cardo y Servera, 2005) (figura 16). Además, ese mayor porcentaje de diagnósticos a esas edades se produce en los tres subtipos (figura 17). De los casos diagnosticados, en el momento de la realización del estudio estaban siendo medicados el 69.2% (N=9) del subtipo hiperactivo impulsivo, el 82.7% (N=62) del subtipo déficit de atención y el 87.9 (N=102) del subtipo combinado (Figura 18). Y el mayor número de casos que se empezaron a medicar desde edades tempranas se encontraba en el subtipo combinado, probablemente debido a la mayor gravedad de la sintomatología en los casos diagnosticados con este subtipo (McLaughlin y Harrison, 2006) (Figura 19).

A su vez, podemos observar que de los casos diagnosticados en el subtipo combinado y déficit de atención es mayor el porcentaje que no recibe atención psicológica en el momento del estudio (Figura 20). La atención psicológica en estos subtipos se comenzó a realizar de forma mayoritaria a los 6 años (Figura 21).

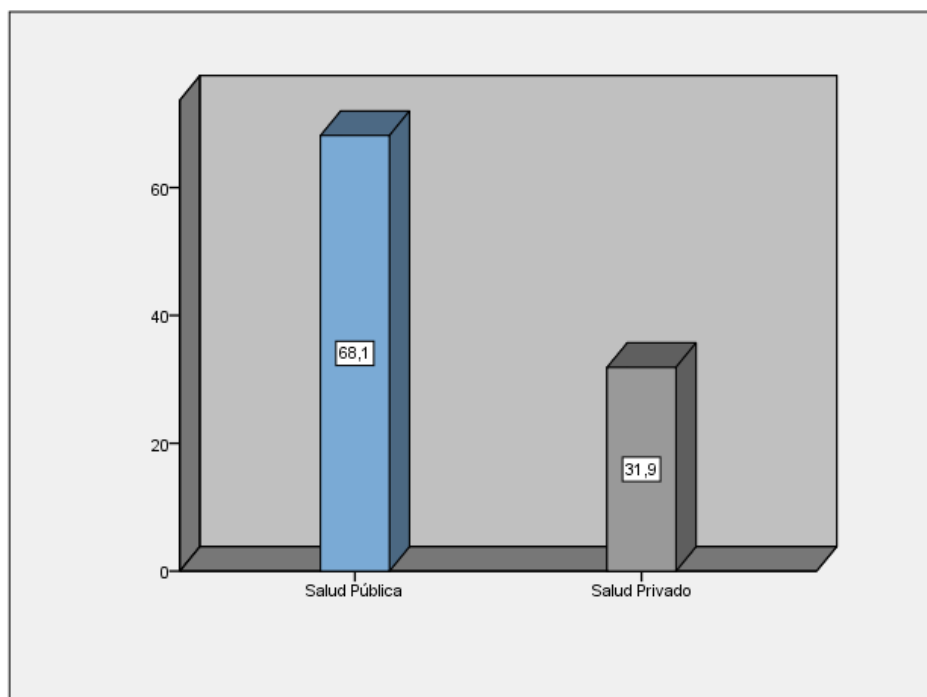


Figura 15. Porcentajes de los casos que han sido diagnosticados por el ámbito público o privado.

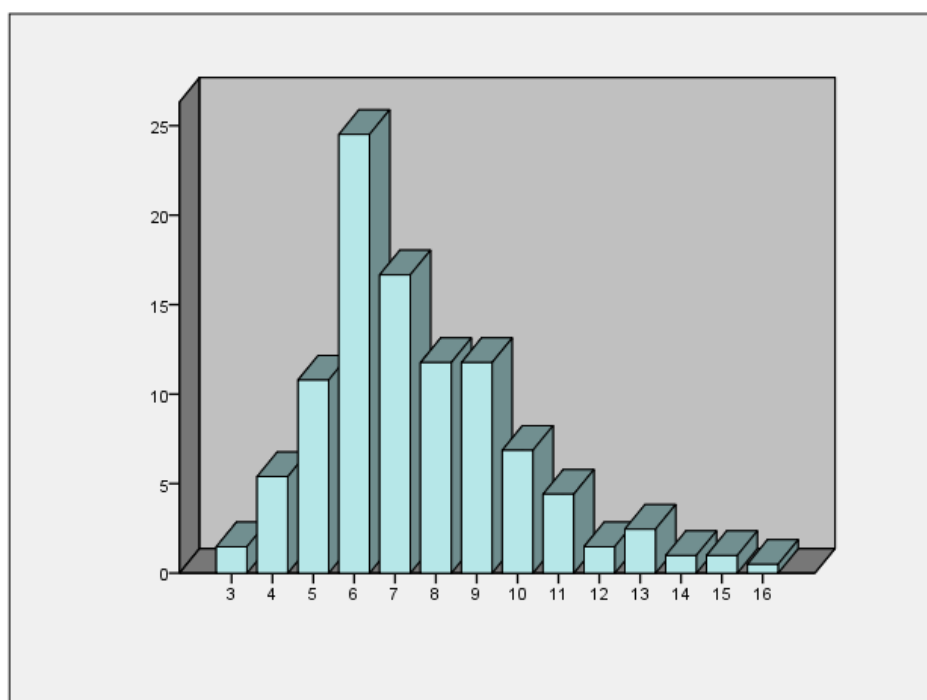


Figura 16. Porcentajes de la edad a la que se realizó el diagnóstico de TDAH.

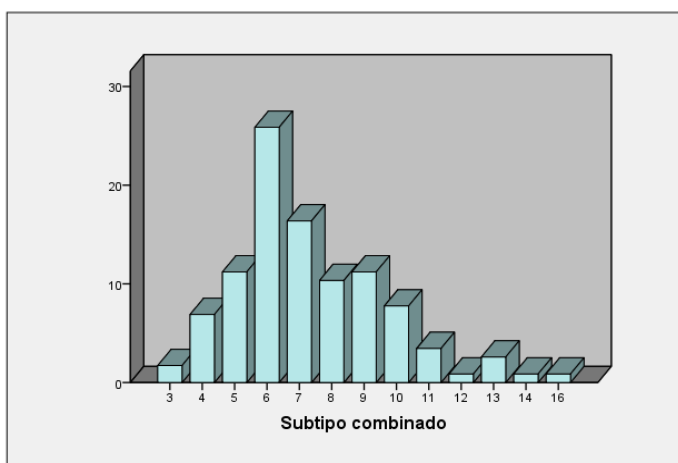
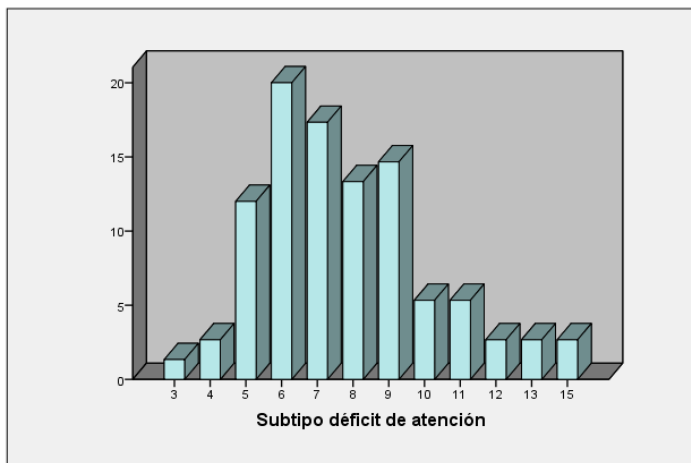
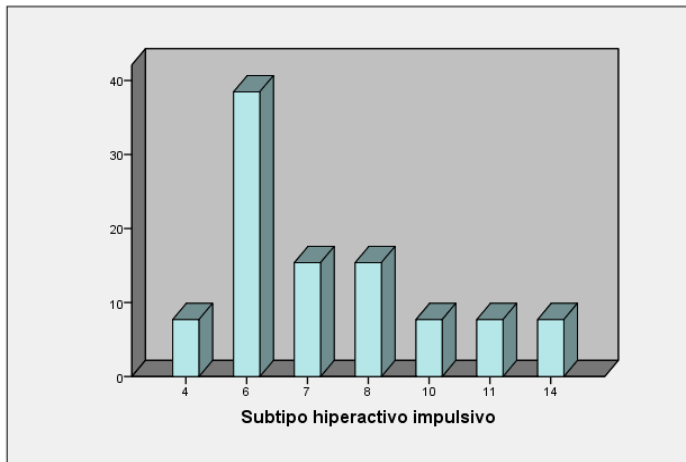


Figura 17. Porcentajes de la edad a la que se realizó el diagnóstico de TDAH en los diferentes subtipos.

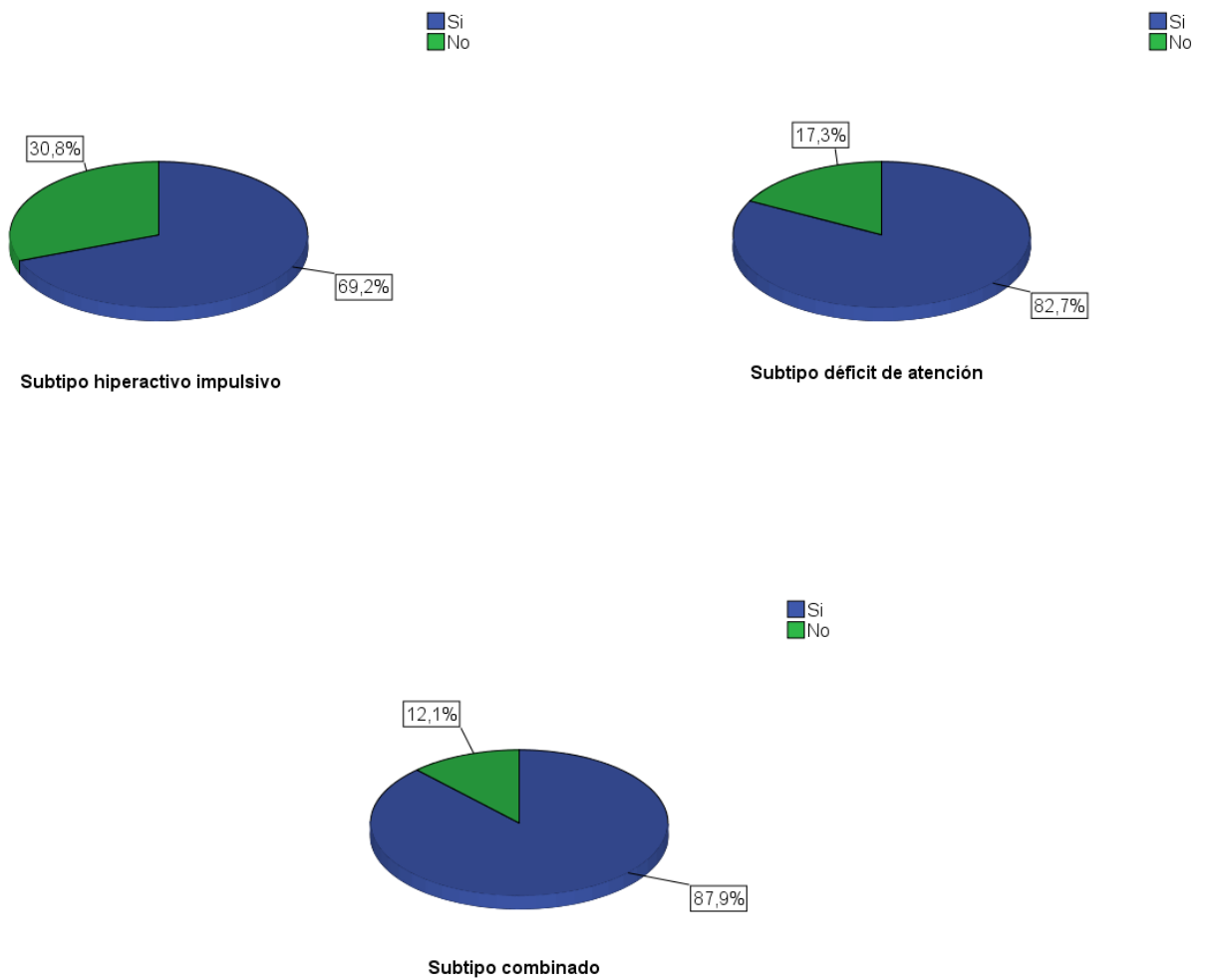


Figura 18. Porcentajes de casos que estaban siendo medicados en cada subtipo.

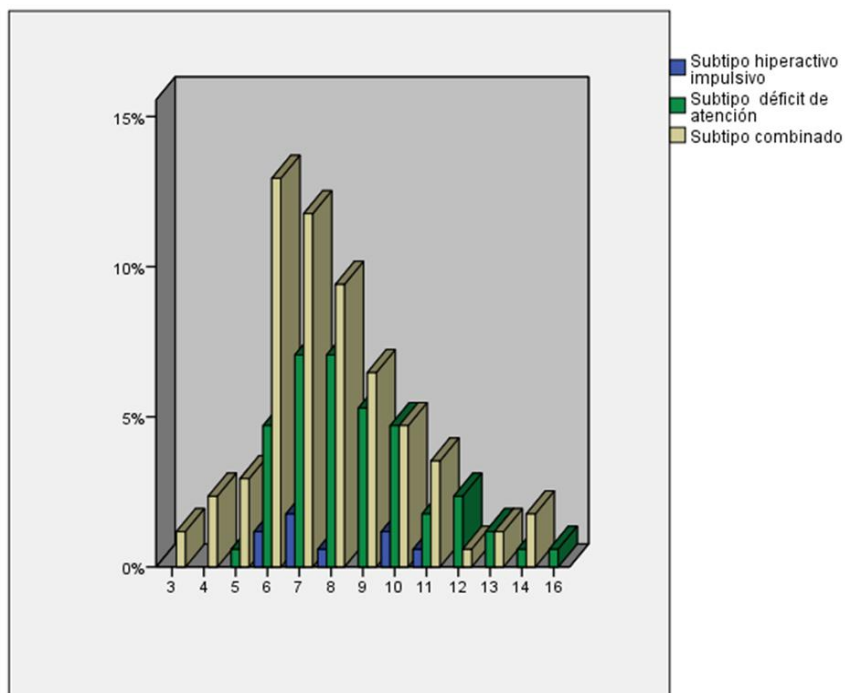


Figura 19. Porcentajes de la edad a la que se comenzó a medicar en cada subtipo.

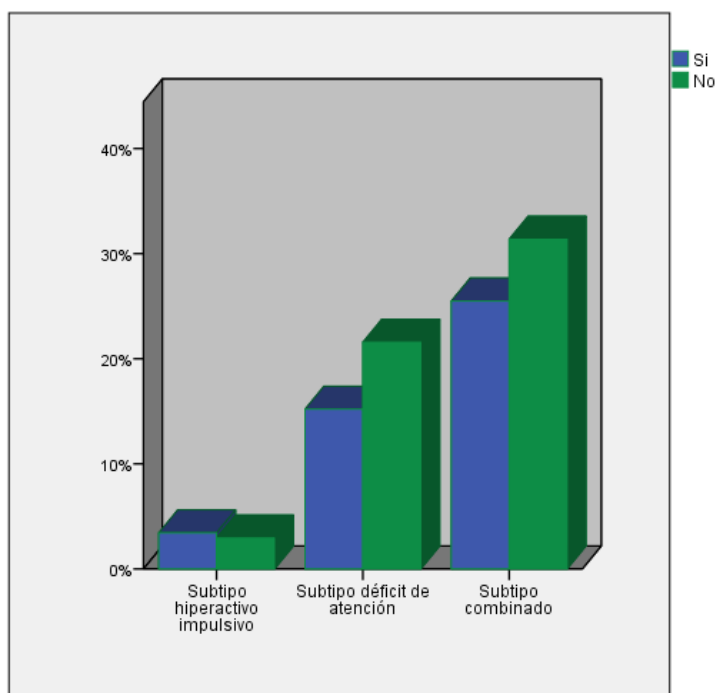


Figura 20. Porcentajes de los casos que reciben atención psicológica en cada subtipo.

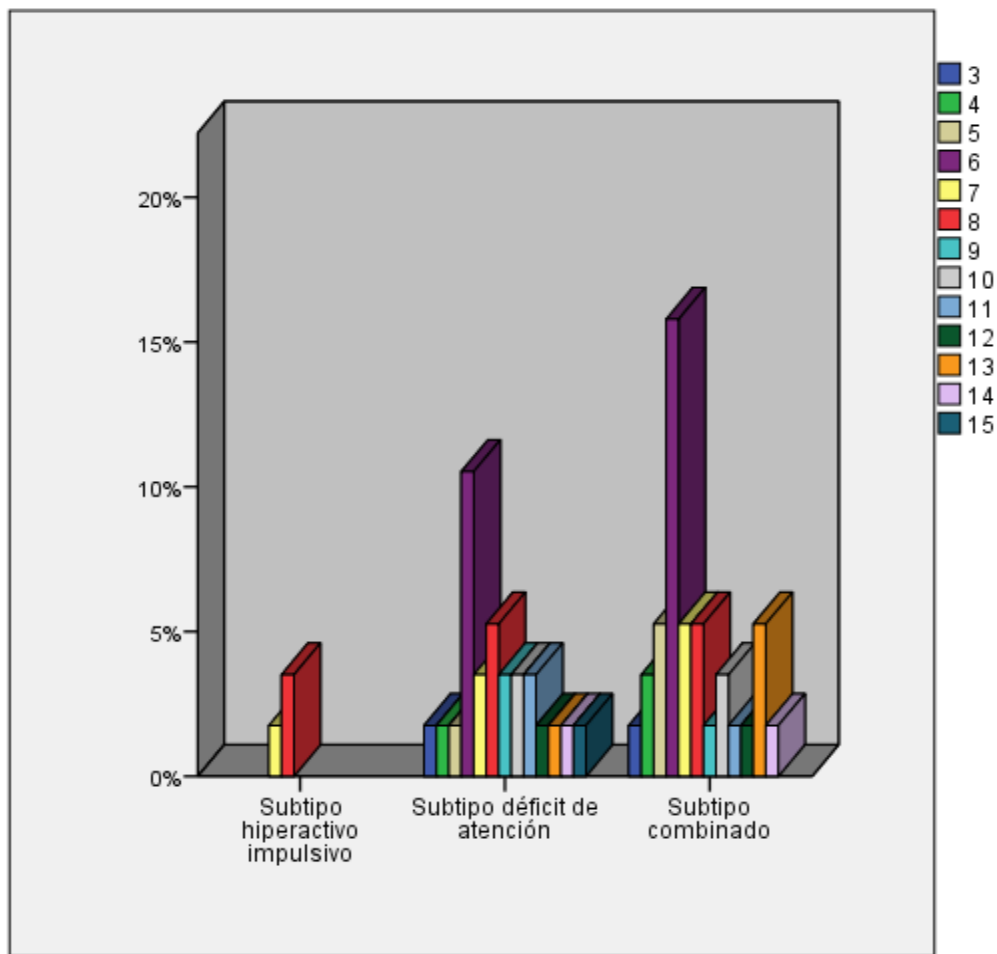


Figura 21. Porcentajes de la edad a la que se comenzó a realizar atención psicológica en cada subtipo.

6.2.2. Muestra de los adolescentes

Respecto a la distribución por el grupo al que pertenecen los adolescentes de la muestra, el grupo de TDAH se dividió en tres subgrupos, el subtipo hiperactividad más impulsividad representaba el 1.5% (N=3), el subtipo déficit de atención el 13.8% (N=27) y el subtipo combinado el 16.8% (N=33) del total de casos. Y el grupo control representaba el 67.9% (N=133) del total de casos (Figura 22). El mayor número de casos en el subtipo combinado se justifica por la mayor prevalencia que estiman los autores en el diagnóstico de este subtipo, seguido del predominantemente inatento y finalmente el subtipo hiperactivo impulsivo (Cardo y Servera, 2005).

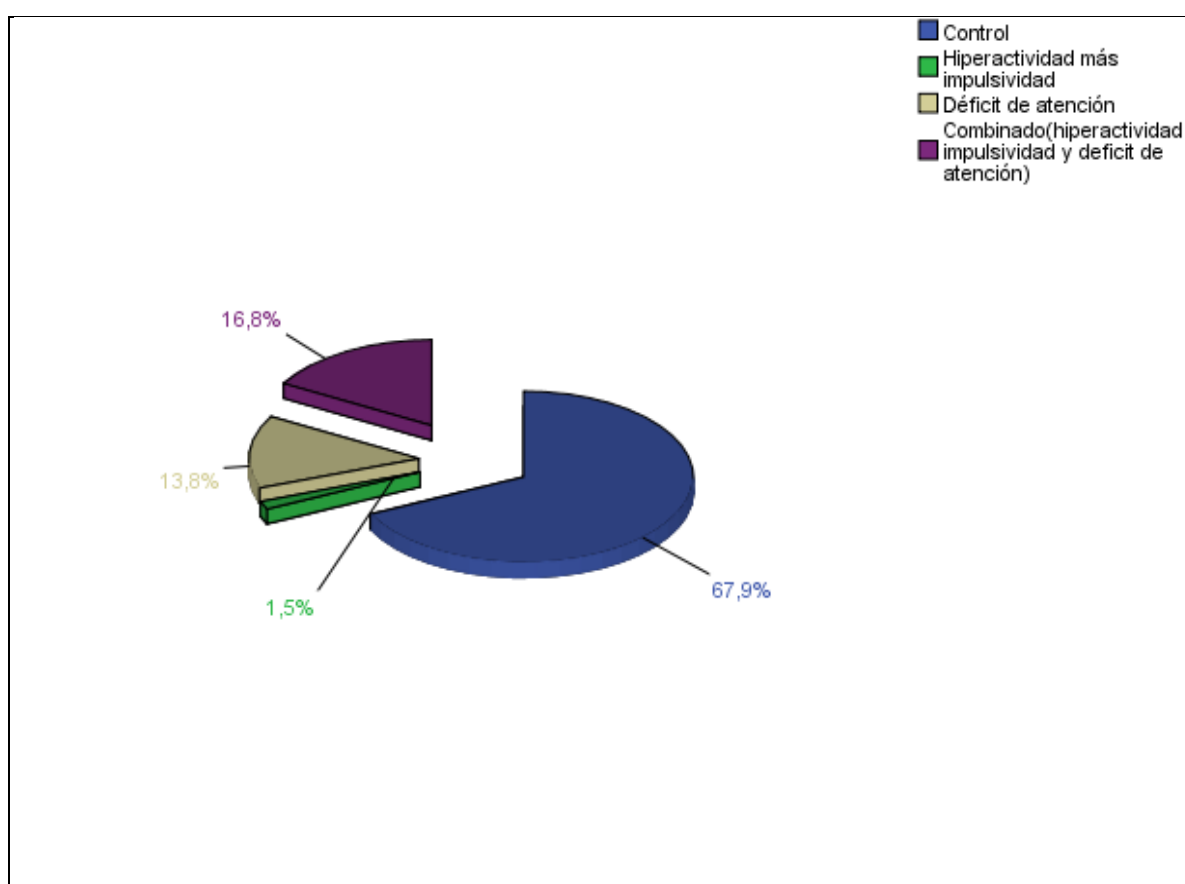


Figura 22. Porcentajes según grupo o subtipo al que pertenecen los adolescentes de la muestra.

En cuanto a la distribución por sexo, el número de chicos del grupo de TDAH, subtipo hiperactivo impulsivo fue de 1, lo que supone un 33.3% de la muestra total, mientras que el número de chicas fue de 2, que corresponde con un 66.7%. Respecto al número de chicos en el subtipo déficit de atención fue de 17, lo que supone un 63%, en cuanto a las chicas el número fue de 10, que corresponde a un 37%. En el caso del subtipo combinado el número de chicos fue de 27, lo que supone un 81.8%, y el número de chicas fue de 6, que corresponde con un 18.2%. Finalmente, el grupo control se distribuyó en un 51.9% (N=69) de chicos frente al 48.1% (N=64) de chicas (Tabla 2 y Figura 23). El predominio de varones sobre mujeres en el grupo de TDAH es el esperado debido a la mayor frecuencia del trastorno en varones (APA, 2002).

Tabla 2

Grupo al que pertenecen según sexo

Grupo al que pertenecen		Niño		Niña		Total	
		N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Grupo experimental	Subtipo Hiperactividad más impulsividad	1	33.3	2	66.7	3	1.5
	Subtipo Déficit de Atención	17	63	10	37	27	13.8
	Subtipo Combinado (Hiperactividad más impulsividad más déficit de atención)	27	81.8	6	18.2	33	16.8
Grupo control		69	51.9	64	48.1	133	67.9

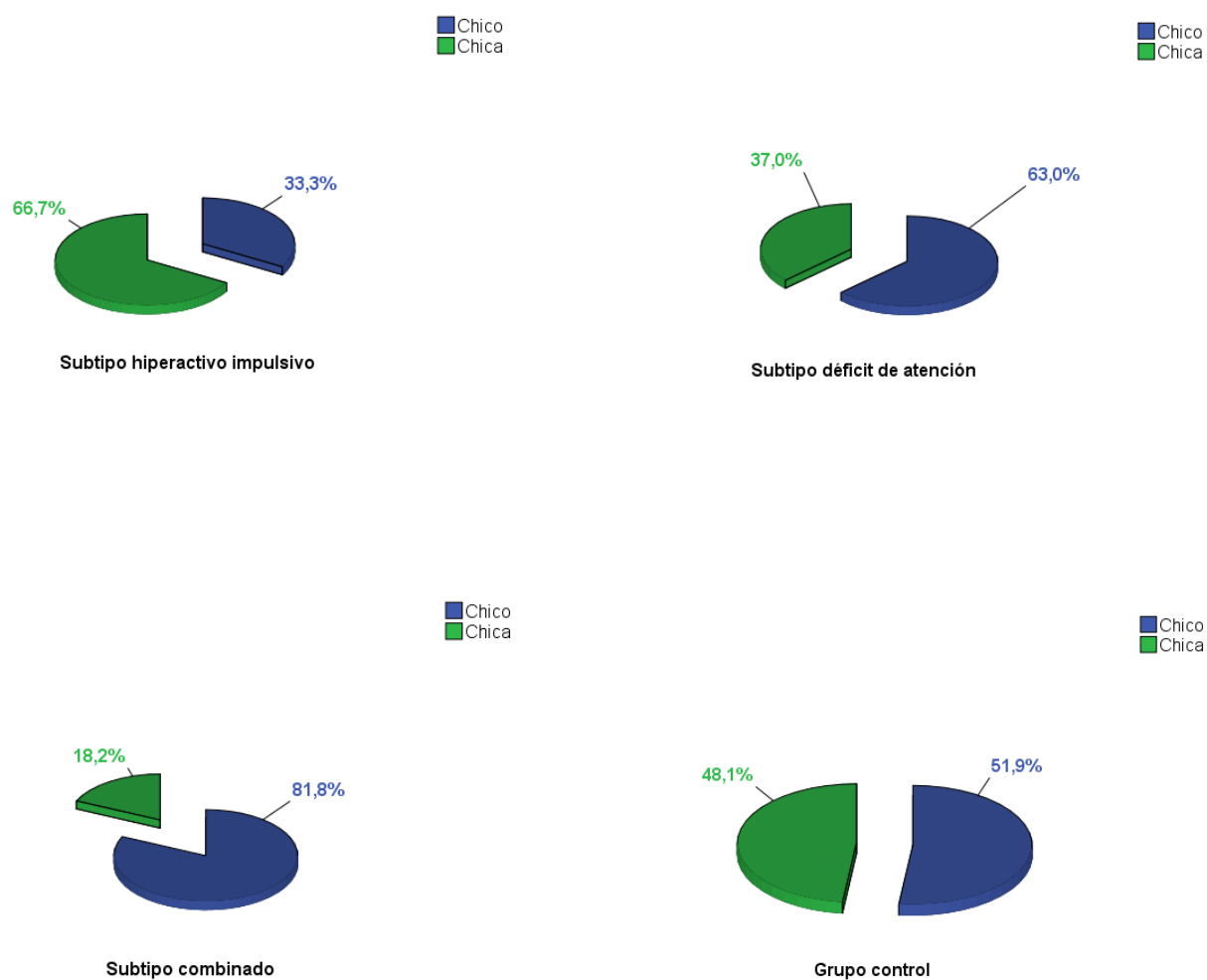


Figura 23. Porcentajes según grupo o subtipo al que pertenecen de acuerdo al sexo.

Respecto a las características de las familias de los adolescentes con TDAH, en el subtipo hiperactivo impulsivo el 66.7% presentaba una estructura familiar biparental, mientras que el 33.3% se encontraba en proceso de acogida. En el subtipo déficit de atención hemos observado que el 85.2% tenía una estructura familiar biparental, el 7.4% una estructura monoparental, el 3.7 % pertenecía a una estructura reconstituida y el 3.7% se encontraba en proceso de acogida. Dentro del subtipo combinado hemos encontrado que el 87.9% tenía una estructura familia biparental, el 6.1% una estructura monoparental y el 6.1% reconstituida. En cuanto a las características del grupo control, el 84.2 % correspondía a una estructura familiar biparental, el 12.8% una estructura monoparental y el 3% reconstituida (Figura 24). En todos los grupos observamos que el mayor porcentaje de los casos pertenecía a familias con una estructura familiar biparental.

Describimos a continuación la distribución de los hermanos biológicos en cada uno de los grupos, en el subtipo hiperactivo impulsivo visualizamos que el 100% tenía un hermano, en el subtipo déficit de atención el 59.3% tenía un hermano y el 18.5% dos hermanos, y en el subtipo combinado el 54.5% tenía un hermano, el 6.1% dos hermanos y el 3% tres hermanos. En cuanto al grupo control, el 60.2% tenía un hermano, el 15.8% dos hermanos, el 2.3% tres hermanos y el 1.5% cuatro hermanos (Figura 25). Podemos observar que independientemente del grupo de la muestra, existía un mayor porcentaje de casos que tenía solamente un hermano.

En cuanto a la existencia de hermanastros en cada uno de los grupos, en el subtipo hiperactivo impulsivo encontramos que el 100% de los casos no tenía un hermanastro, en el subtipo déficit de atención el 3.7% tenía un hermanastro, y en el subtipo combinado el 3% de los adolescentes tenía un hermanastro. Respecto al grupo control, el 3% tenía un hermanastro y el 1.5% dos hermanastros (Figura 26). Por tanto, contemplamos un mayor porcentaje de adolescentes que no tenía en su seno familiar hermanastros.

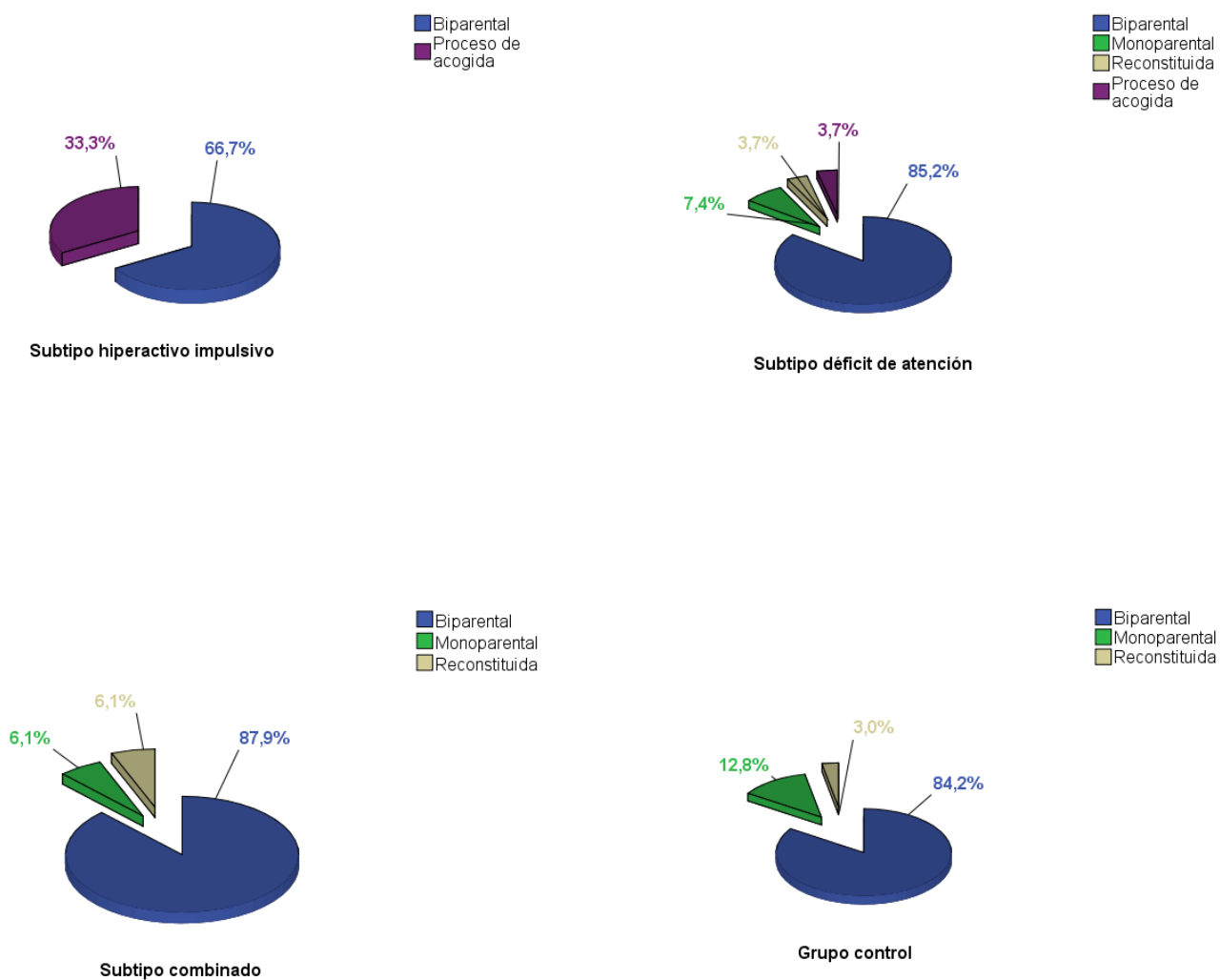


Figura 24. Porcentajes del tipo de estructura familiar que se contempla en cada grupo o subtipo al que pertenecen los adolescentes de la muestra.

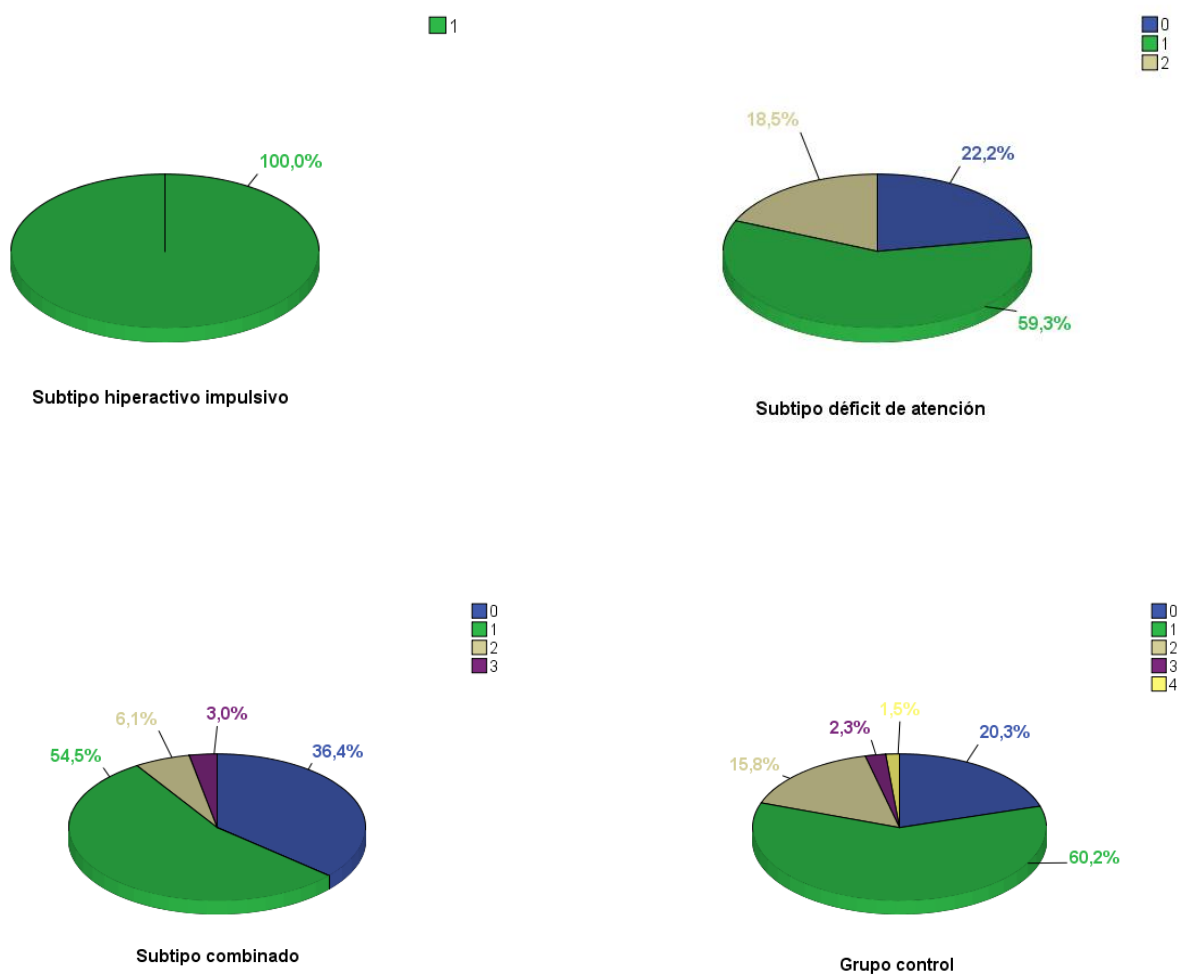


Figura 25. Porcentajes de hermanos biológicos en cada grupo o subtipo al que pertenecen los adolescentes de la muestra.

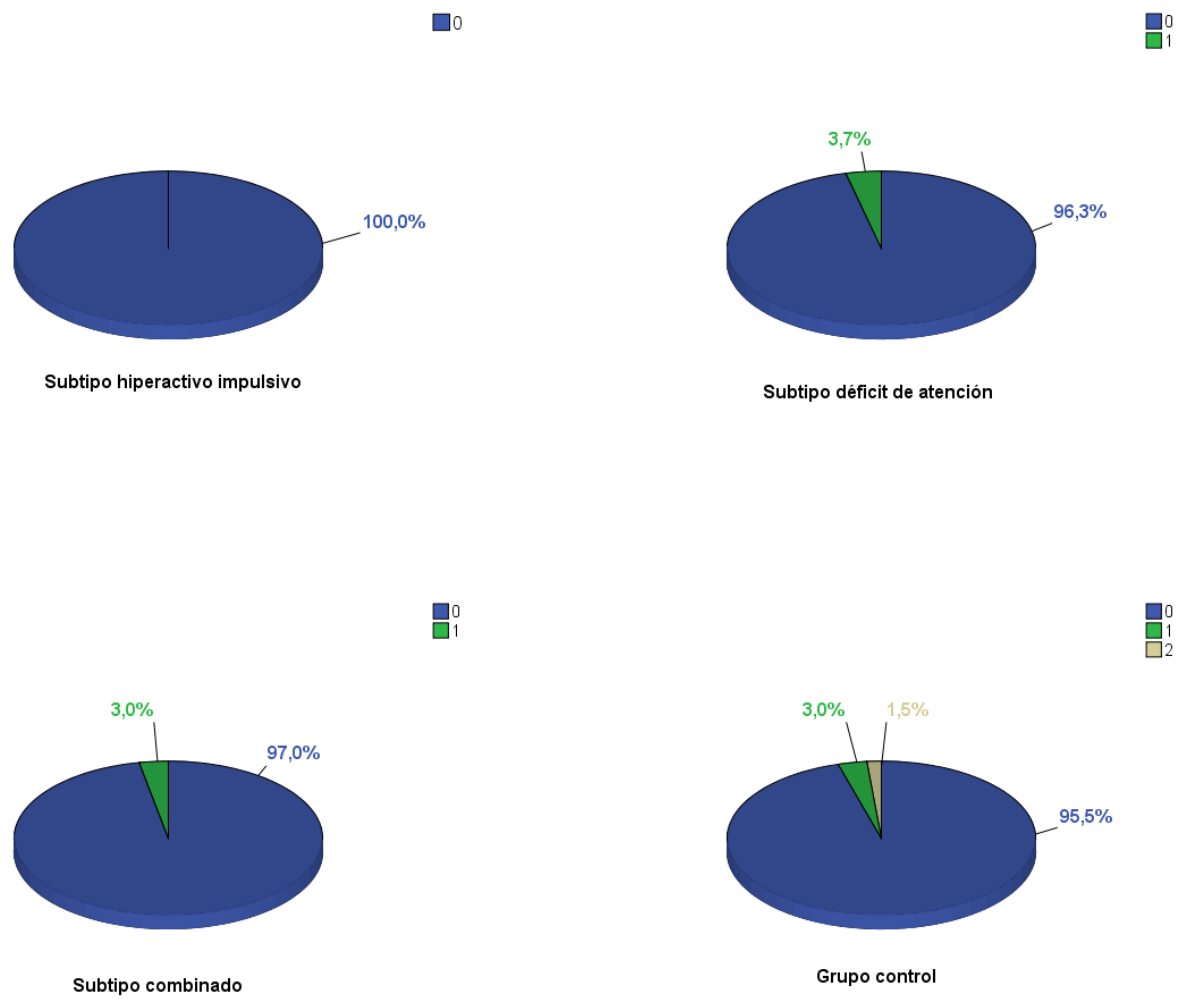


Figura 26. Porcentajes de hermanastros en cada grupo o subtipo al que pertenecen los sujetos de la muestra.

A continuación exponemos los porcentajes del nivel máximo de estudios alcanzado por el padre (Figura 27).

En cuanto al grupo TDAH, en el subtipo hiperactivo impulsivo el 33.3% tenía estudios de ciclo formativo de grado medio, el 33.3% poseía estudios de ciclo formativo de grado superior y el 33.3% alcanzó la titulación en una licenciatura o arquitectura. En el subtipo déficit de atención observamos que el 33.3% tenía estudios de la ESO o había obtenido el graduado escolar, el 29.6% alcanzó estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 22.2% obtuvo estudios de ciclo formativo de grado medio, el 11.1% tenía un título de licenciatura o arquitectura y el 3.7% un título de diplomatura. En el subtipo combinado, el 33.3% alcanzó estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 24.2% poseía estudios de ciclo formativo de grado medio, el 18.2% tenía estudios de la ESO o había obtenido el graduado escolar, el 15.2% disponía de estudios de licenciatura o arquitectura y el 9.1% de los casos no nos proporcionaron una respuesta.

En el grupo control, el 42.1% ostentaba una titulación de licenciatura o arquitectura, el 17.3% tenía estudios de diplomatura, el 14.3% poseía la ESO o el graduado escolar, el 12.8% alcanzó estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 8.3% disponía de estudios de ciclo formativo de grado medio, el 2.3% no tenía estudios o no había obtenido la titulación de la ESO, y el 3% no nos aportaron una respuesta.

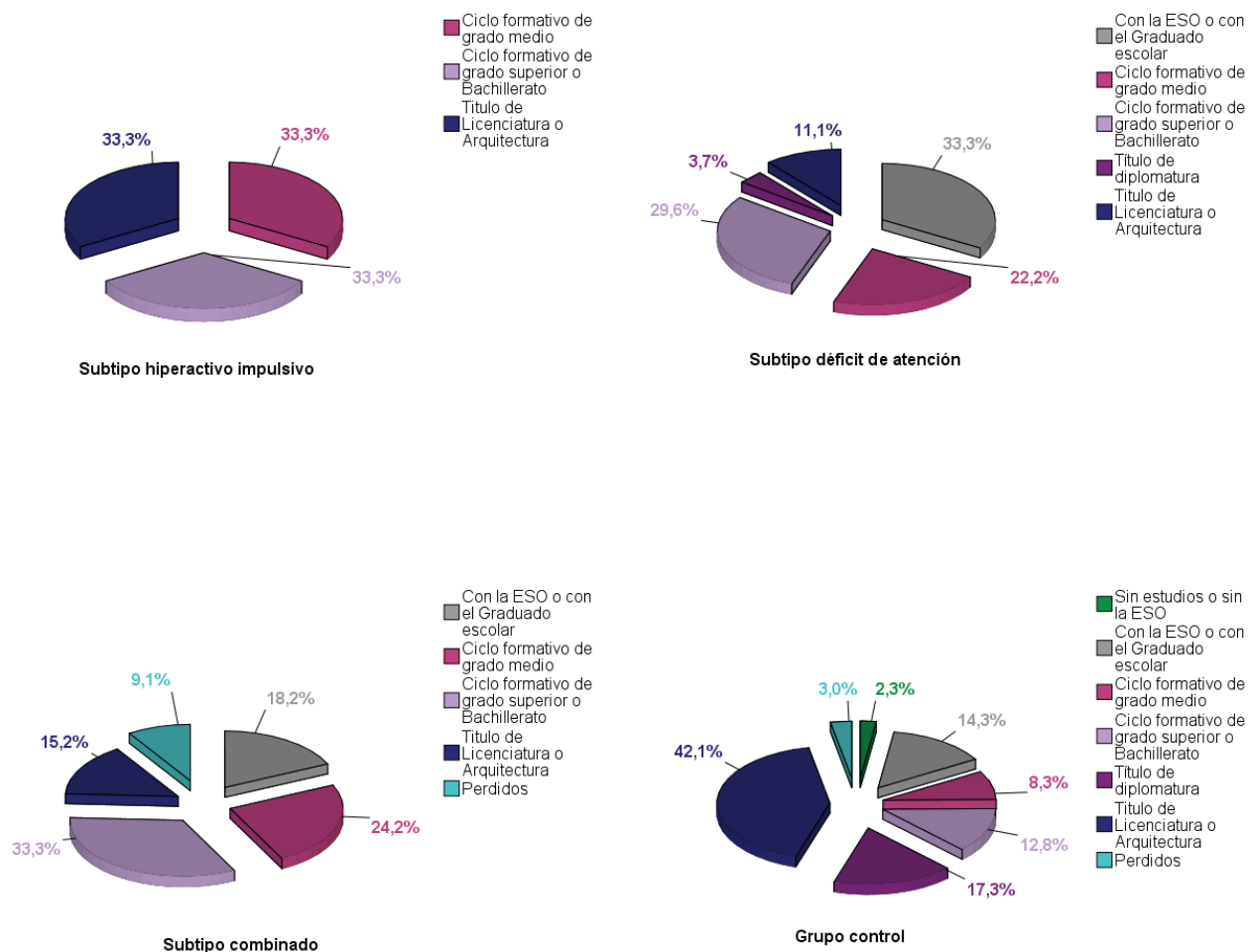


Figura 27. Porcentajes del nivel máximo de estudios alcanzado por el padre en cada grupo o subtipo al que pertenecen los adolescentes de la muestra.

En el párrafo siguiente exponemos los porcentajes del nivel máximo de estudios alcanzado por la madre (Figura 28).

En cuanto al grupo TDAH, en el subtipo hiperactivo impulsivo el 33.3% poseía estudios de la ESO o graduado escolar, el 33.3% ostentaba estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato y el 33.3% había obtenido un título de licenciatura o arquitectura. En el subtipo déficit de atención observamos que el 37% alcanzó estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 25.9% tenía estudios de ciclo formativo de grado medio, el 14.8% poseía un título de licenciatura o arquitectura, el 11.1% alcanzó estudios de la ESO o había obtenido el graduado escolar, el 7.4% tenía un título de diplomatura y el 3.7% no tenía estudios o no había alcanzado estudios de la ESO. En el subtipo combinado, el 27.3% había conseguido estudios de la ESO o el graduado escolar, el 24.2% alcanzó estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 21.2% tenía un título de diplomatura, el 15.2% obtuvo un título de licenciatura o arquitectura y el 12.1% tenía estudios de ciclo formativo de grado medio.

En el grupo control, el 33.8% ostentaba una titulación de licenciatura o arquitectura, el 27.1% tenía un título de diplomatura, el 17.3% alcanzó estudios de ciclo formativo de grado superior o bachillerato, el 15% poseía estudios de la ESO o el graduado escolar, el 4.5% tenía estudios de ciclo formativo de grado medio, el 1.5% no tenía estudios o no había obtenido la titulación de la ESO y el 0.8% de las madres no nos contestaron a la pregunta.

La variedad de niveles de estudios alcanzado por el padre y la madre en las diversos grupos es el esperado teniendo en cuenta que la muestra recogida es de un nivel sociocultural bajo-medio.

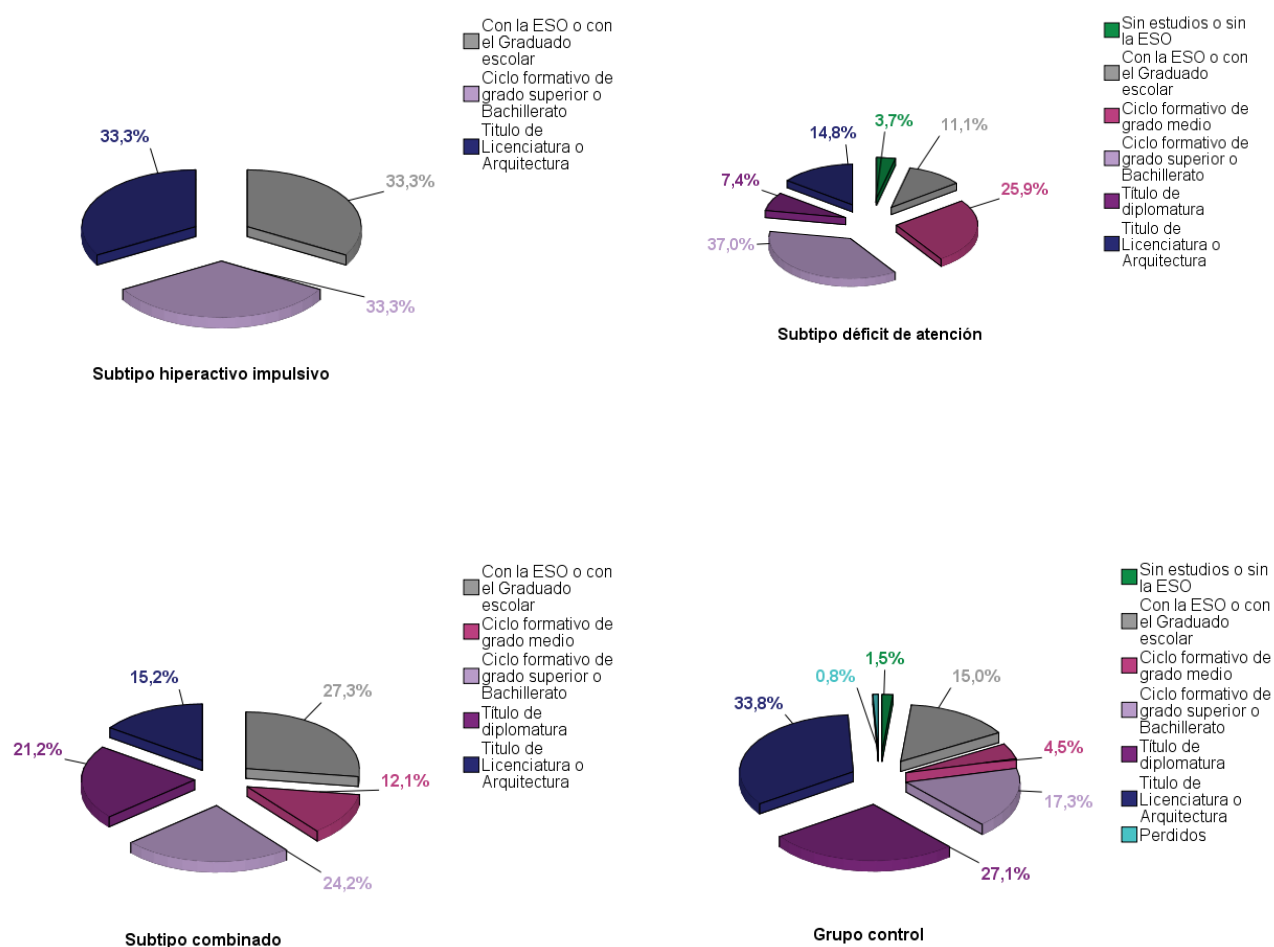


Figura 28. Porcentajes del nivel máximo de estudios alcanzado por la madre en cada grupo o subtipo al que pertenecen los adolescentes de la muestra.

La muestra de adolescentes se ha recogido de diversas localidades de las Provincias de Cantabria y de Bizkaia. En Cantabria se ha obtenido el 36.8% (N=49) del grupo control y el 39.7% (N= 25) del grupo TDAH. Y en Bizkaia se ha conseguido el 63.2% (N=84) del grupo control y el 60.3% (N=38) del grupo TDAH (Figura 29)

La muestra del grupo de TDAH de las localidades de Cantabria procede de la Fundación Cantabria Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (CADAH) y de la Asociación Cántabra de Padres de Ayuda al Déficit de Atención y/o Hiperactividad (ACANPADAH).

La muestra de TDAH de las localidades de Bizkaia proviene de la Asociación de Hiperactivos con Déficit de Atención del País Vasco (AHIDA) y del Hospital de Cruces.

Los casos del grupo control de las localidades de Cantabria proceden del IES Marqués De Santillana en el municipio de Torrelavega. Se trata de un centro donde acuden familias de nivel sociocultural bajo-medio. Hemos seleccionado este centro para la recogida de la muestra control de adolescentes debido a que la gran mayoría de la muestra de adolescentes diagnosticados de TDAH pertenecen al núcleo de población que conforman el municipio de Torrelavega (Barreda, Campuzano, Duález, Ganzo, La Montaña, Sierrapando, Tanos, Torrelavega, Torres y Viérnoles) y municipios colindantes a Torrelavega.

El grupo control de adolescentes de las localidades de Bizkaia proceden del colegio Urdaneta situado en Bilbao y del colegio Vizcaya situado en Zamudio. Se trata de centros donde acuden familias de nivel sociocultural bajo-medio y abarcarían adolescentes de diversas localidades de Bizkaia, del mismo modo que ocurre en el caso de la muestra de la Asociación AHIDA.

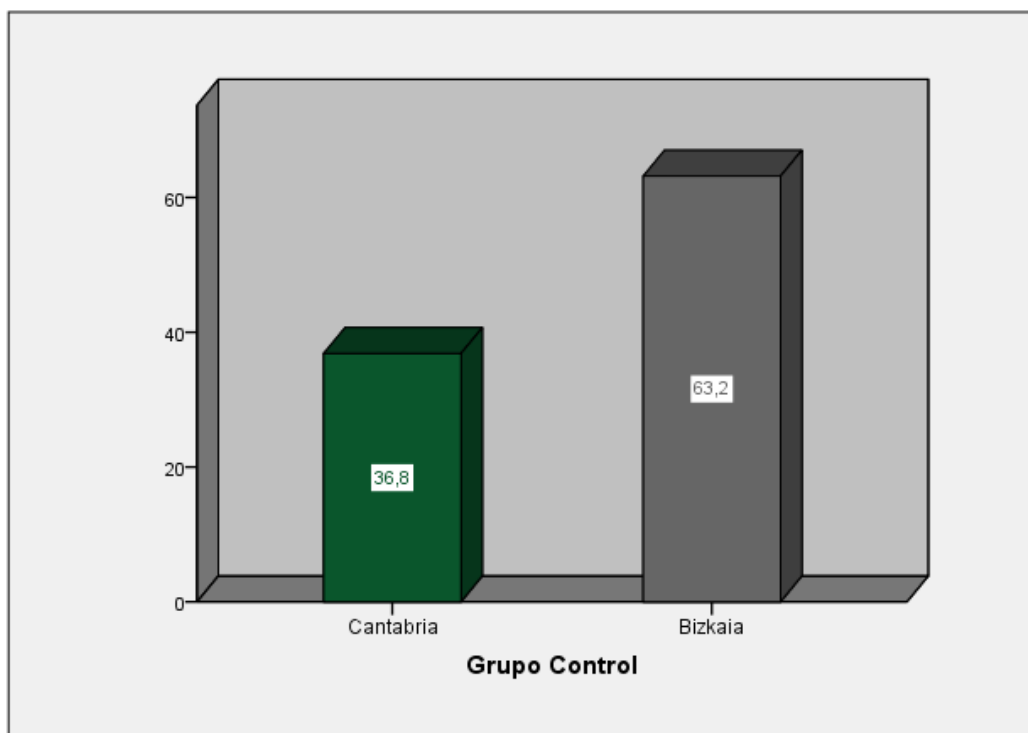
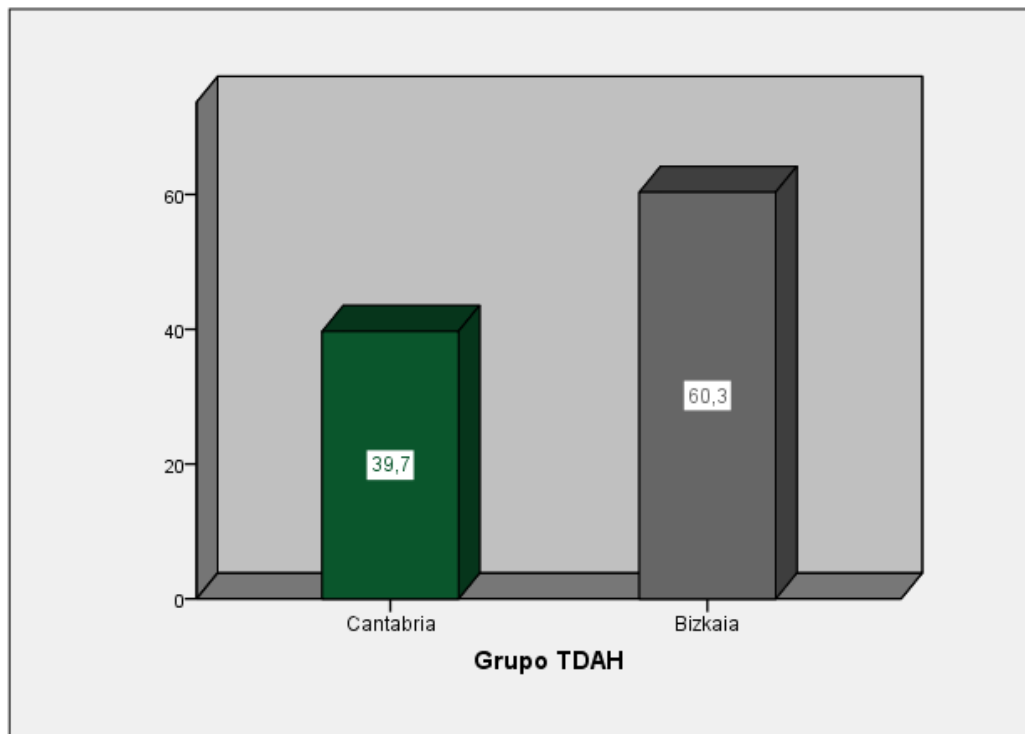


Figura 29. Porcentajes de los casos que se han recogido en cada una de las provincias.

En cuanto al ámbito en el que se efectúa el diagnóstico, observamos que el 59.3% (N=16) de los casos tenían un diagnóstico realizado por profesionales de la salud pública y un 40.7% (N=11) habían sido diagnosticados por profesionales del ámbito privado (Figura 30). Y respecto a la edad que tenían cuando les realizaron el diagnóstico, el mayor porcentaje lo encontramos a los 6 años, debido a la mayor prevalencia de TDAH entre los 6 y los 9 años de edad (Cardo y Servera, 2005) (Figura 31). Además, ese mayor porcentaje de diagnósticos a esas edades se produce en los tres subtipos (Figura 32).

De los casos diagnosticados, en el momento de la realización del estudio estaban siendo medicados el 33.3% (N=1) del subtipo hiperactivo impulsivo, el 88.9% (N=24) del subtipo déficit de atención y el 90.9% (N=30) del subtipo combinado (Figura 33). Y el mayor número de casos que se empezaron a medicar desde edades tempranas se encontraba en el subtipo combinado (a excepción de los casos de los 7 y 9 años que es mayor en el subtipo déficit de atención), probablemente debido a la mayor gravedad de la sintomatología en los casos diagnósticos con el subtipo combinado (McLaughlin y Harrison, 2006) (Figura 34).

A su vez, podemos observar que de los casos diagnosticados en el subtipo déficit de atención es mayor el porcentaje que no recibe atención psicológica en el momento del estudio. En cambio, en el subtipo combinado es mayor el porcentaje de casos que recibe atención psicológica en el momento del estudio (Figura 35). La atención psicológica en estos subtipos se comenzó a realizar de forma mayoritaria a los 9 años en el subtipo déficit de atención y a los 13 años en el subtipo combinado (encontrando también altos porcentajes a los 6 y 7 años) (Figura 36).

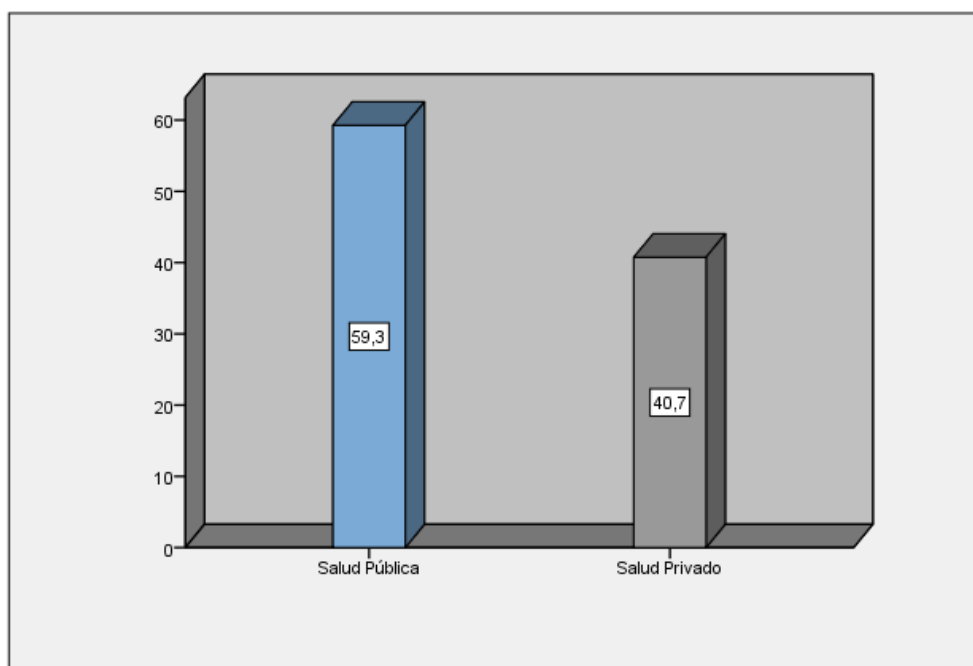


Figura 30. Porcentajes de los casos que han sido diagnosticados por el ámbito público o privado.

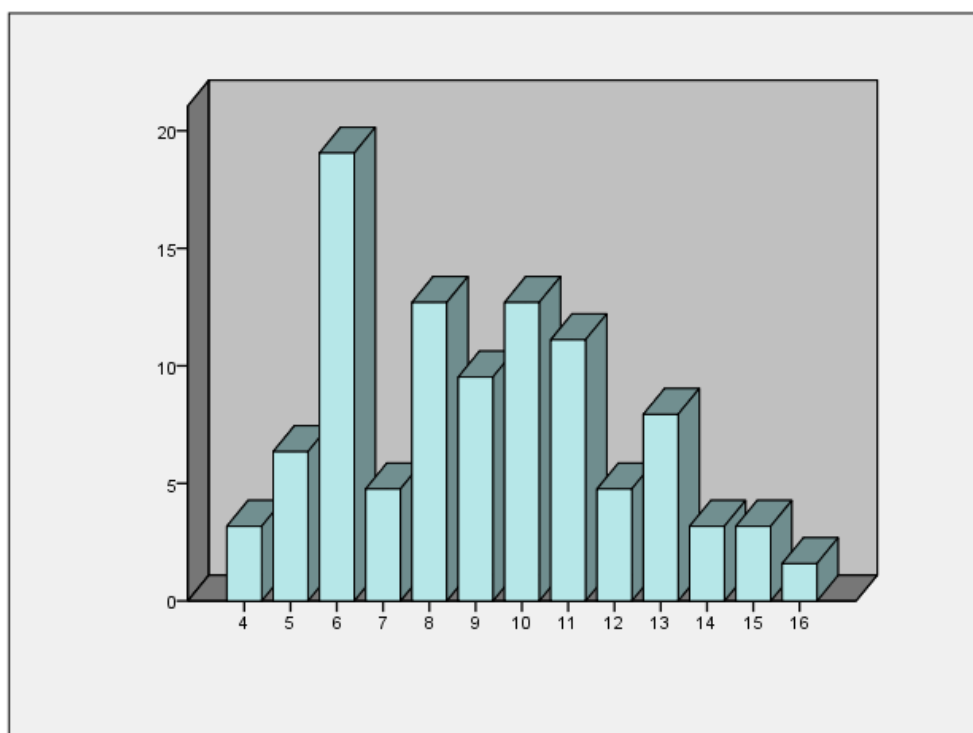


Figura 31. Porcentajes de la edad a la que se realizó el diagnóstico de TDAH.

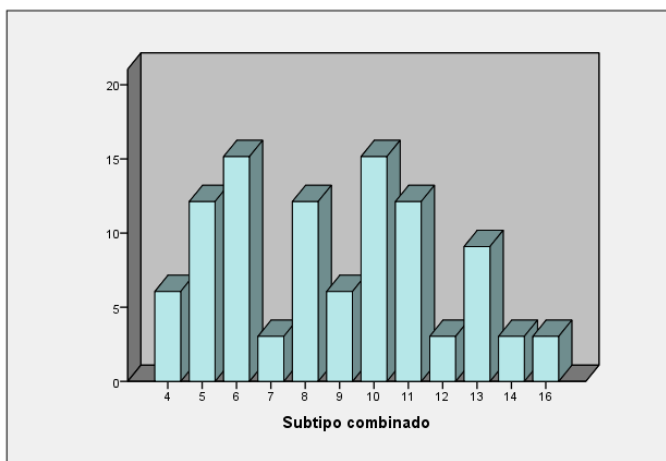
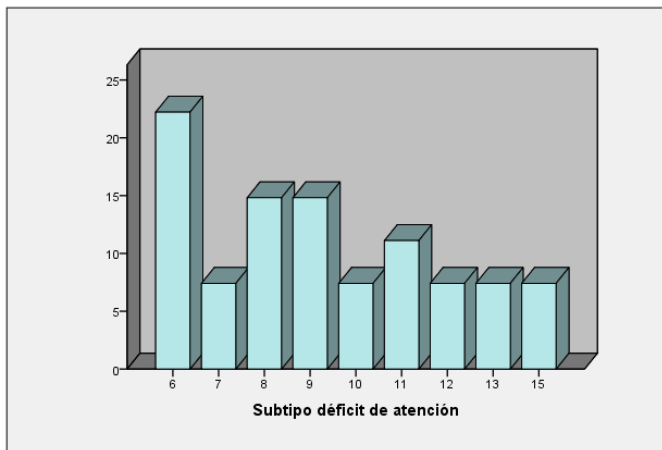
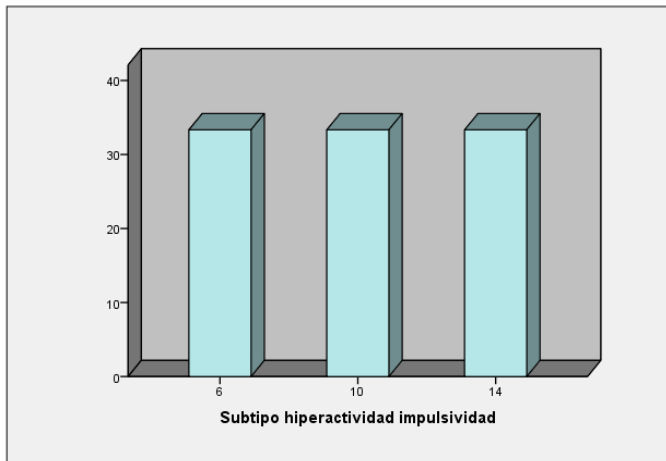


Figura 32. Porcentajes de la edad a la que se realizó el diagnóstico de TDAH en los diferentes subtipos.

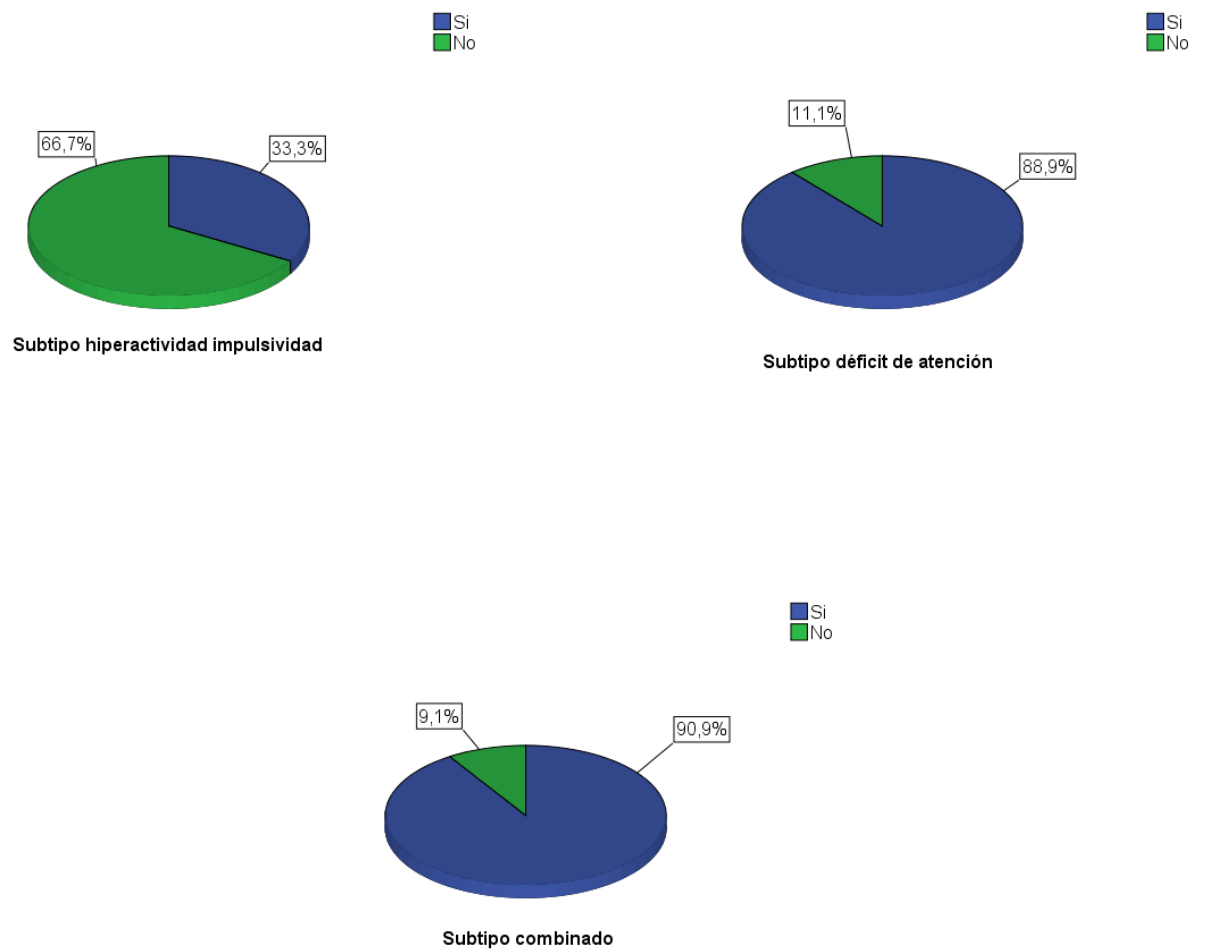


Figura 33. Porcentajes de casos que están siendo actualmente medicados en cada subtipo.

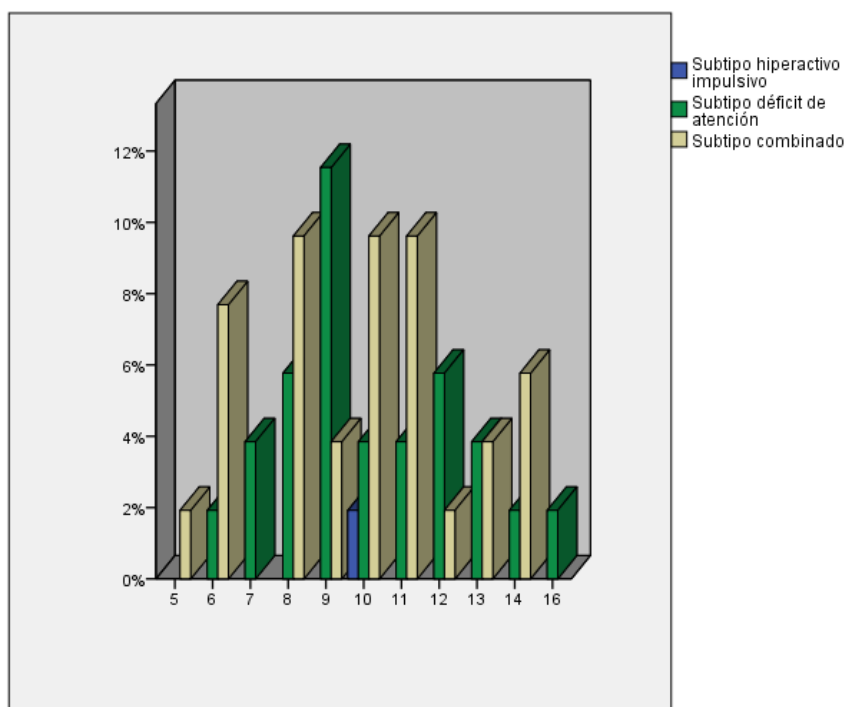


Figura 34. Porcentajes de la edad a la que se comenzó a medicar en cada subtipo.

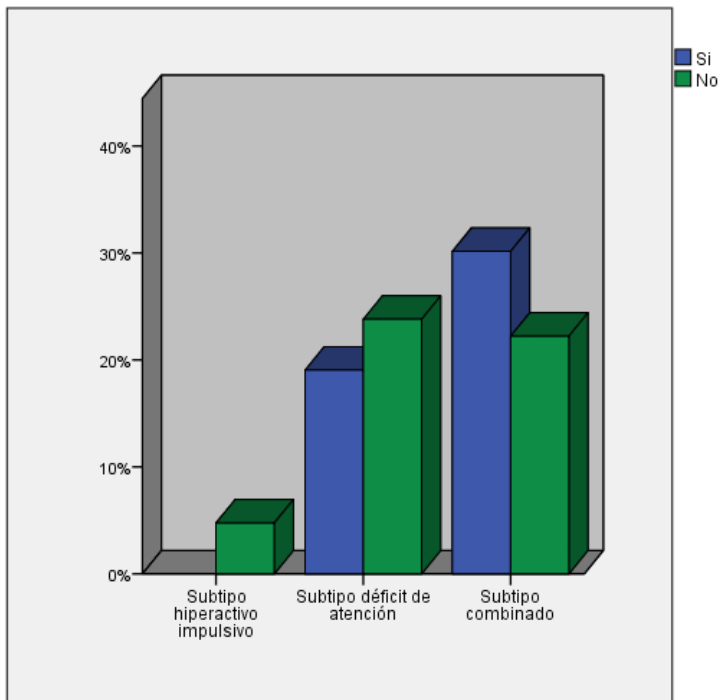


Figura 35. Porcentajes de los casos que reciben atención psicológica en cada subtipo.

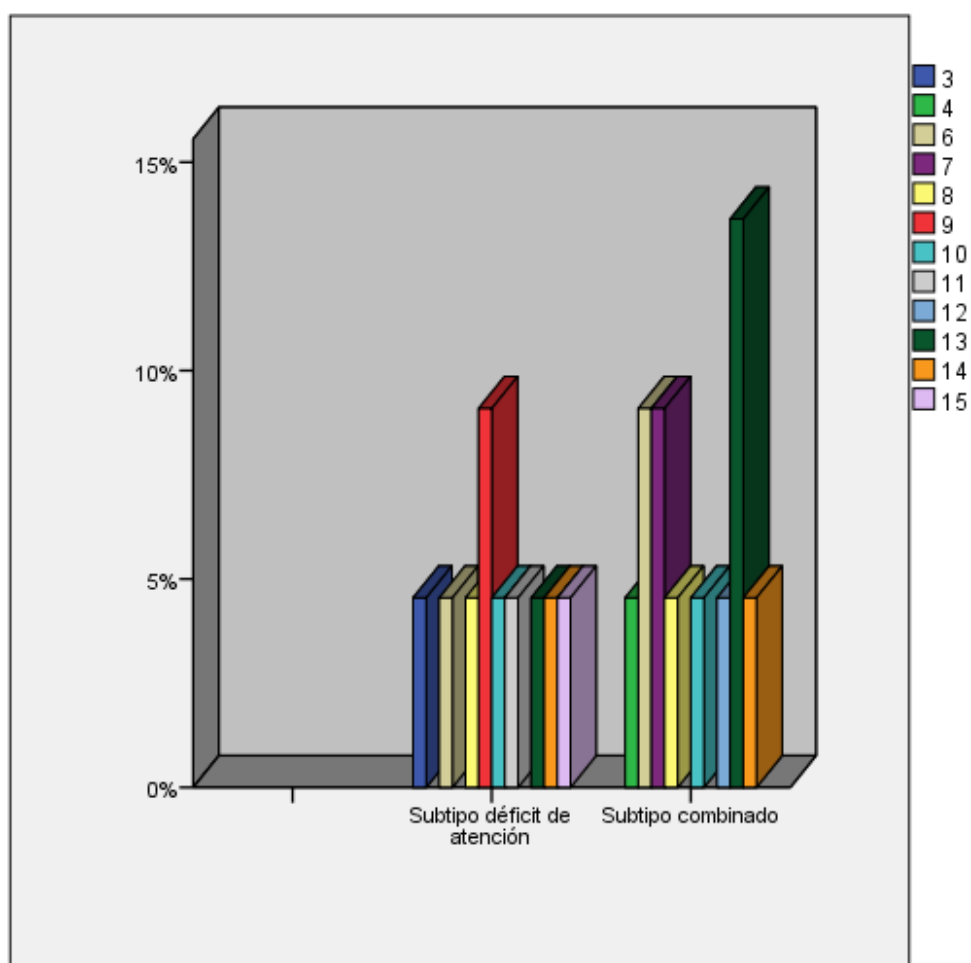


Figura 36. Porcentajes de la edad a la que se comenzó a realizar atención psicológica en cada subtipo.

6.3. Procedimiento

Se estableció contacto en un primer momento mediante una carta (anexo A) y posteriormente concertamos una cita con el Director de cada colegio seleccionado para la muestra del grupo control, y con la presidenta de la Fundación y de las Asociaciones seleccionadas para la muestra del grupo clínico. Les explicamos el motivo y el objetivo del estudio con la intención de que accedieran a colaborar en la investigación. Cuando aceptaron participar, se les indicó que debían entregar a cada familia (seleccionadas al azar en los diferentes cursos de los colegios y Asociación) un sobre que contenía una carta donde se les explicaba en qué consistía la investigación y la forma en la que debían rellenar el cuestionario. Además, se les garantizaba la confidencialidad de la información recogida (anexo B). Los cuestionarios eran diferentes en función de si los padres tenían a su hijo escolarizado en primaria o en secundaria (puesto que varían algunos de los ítems del cuestionario BASC en función de la edad del niño; como también en el caso de los padres con hijos adolescentes, se les adjuntaba una serie de ítems para que respondieran también sus hijos).

6.4. Análisis Estadístico

Para el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSS (Versión 20) y AMOS (Versión 21). Una vez recogidos los datos de la muestra, se procedió a la fase de procesamiento de los datos. Los primeros análisis se dirigieron a evaluar la confiabilidad de los instrumentos BASC, el cuestionario de Vinculación Parento-Filial, el APQ y el IPPA; para estos se calculó el grado de consistencia interna de las escalas mediante el alfa de Cronbach, exceptuando las escalas del BASC en la muestra de adolescentes que se llevó a cabo mediante el coeficiente Kuder-Richardson (KR20), en virtud de la naturaleza

dicotómica de los ítems. Posteriormente se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la estructura de los instrumentos mencionados en nuestra población.

Además, llevamos a cabo los análisis descriptivos de todas las variables, utilizando medias para las variables cuantitativas y distribución para las variables categóricas. Y comprobamos con el test de Kolmogorov-Smirnov y el test de Shapiro-Wilk si las variables se distribuían según una ley normal para determinar las pruebas que se debían utilizar en el análisis estadístico para demostrar las hipótesis específicas.

A excepción de las hipótesis 3, 7 y 8 que se realizó el Coeficiente de Correlación de Spearman (utilizada para datos que no satisfacen la condición de normalidad). Considerando que existía una correlación significativa cuando su significatividad era menor de .05. En el resto de las hipótesis hemos utilizado la “Prueba U de Mann-Whitney” (para dos muestras independientes) en el caso de las puntuaciones que no se distribuían con normalidad ($p > 0.05$) y la “Prueba T de Student” cuando se observaba una distribución normal de los datos ($p < 0.05$).

Por último, se ha aplicado un análisis de Regresión Lineal Múltiple (método hacia atrás) para las variables dependientes (hiperactividad e inatención), por separado y de forma conjunta, con la finalidad de analizar el porcentaje de variabilidad explicado por los factores de los estilos educativos y del vínculo parento-filial; incluyendo a su vez, las variables del nivel máximo de escolaridad alcanzado por el padre y la madre, el número de hermanos, la estructura familiar y la edad del hijo. Dicho porcentaje se obtiene de la R^2 del modelo, que es considerado como un indicador del riesgo relativo.

6.5. Variables estudiadas

En el presente estudio hemos tenido en cuenta las siguientes variables:

El diagnóstico clínico del niño, es decir, si presenta o no la condición clínica donde un niño cumple con los criterios diagnósticos que el DSM-IV (APA, 2002) establece para el TDAH, es lo que da la condición de casos y controles.

1. Las variables relacionadas con los síntomas que han sido medidas con el Behavior Assessment System for children (BASC) son las siguientes:

1.1. Variables relacionadas con los síntomas del TDAH para objetivar el diagnóstico:

1.1.a) La hiperactividad e impulsividad.

1.1.b) La atención.

1.2. Variable problemas de conducta.

1.3. Variable agresividad.

1.4. Variable Ansiedad.

1.5. Variable depresión.

2. Las variables relacionadas con la Vinculación Parento-Filial, medidas con el Cuestionario de Vinculación Parento-Filial son las siguientes:

2.a) La disponibilidad y accesibilidad de los padres hacia su hijo (escala agente instrumental).

2.b) La capacidad de los padres de regular la ansiedad del niño mediante la sensibilidad y disponibilidad (escala regulador emocional).

2.c) La capacidad de los padres de reconocer los estados interiores del hijo (escala semejante subjetivo)

2.d) Comportamiento del hijo hacia sus padres en situaciones de reencuentro (apego ambivalente, evitativo y desorganizado).

2.e) Comportamiento del hijo en su interacción social tomando como eje la relación con sus padres (exploración)

3. Las variables relacionadas con la Vinculación afectiva, medidas con el Inventory of Parent and Peer Attachment:

3.a) Confianza.

3.b) Comunicación.

3.c) Alienación.

4. Las variables relacionadas con los Estilos Educativos, medidas con el Alabama Parenting Questionnaire (APQ) son las siguientes:

4.a) Implicación parental

4.b) Crianza positiva

4.c) Disciplina apropiada

4.d) Disciplina inconsistente

4.e) Pobre supervisión

4.f) Disciplina Severa

5. Variables distintivas entre los sujetos que forman la muestra:

5.a) Edad del hijo. Diferenciando los sujetos que cursan primaria o secundaria.

5.b) Nivel sociocultural de los padres. Medido por el nivel máximo de escolaridad alcanzado.

5.c) Estructura familiar (biparental, monoparental, reconstituida, proceso de acogida).

5.d) Número de hermanos.

6.6. Instrumentos. Descripción y Propiedades

Las características demográficas y familiares fueron proporcionadas por los padres a través de una serie de preguntas (anexo C), que se realizaron por escrito antes de aplicar los ítems de los diferentes cuestionarios referentes a hiperactividad-impulsividad, déficit de atención, problemas de conducta, agresividad, ansiedad, depresión, apego y estilos educativos.

Los instrumentos empleados para medir las distintas variables son (anexo D):

Behavior Assessment System for children. (BASC; Reynold y Kamphaus, 1992).

Versión Española². Evalúa una amplia gama de dimensiones patológicas (problemas conductuales, trastornos emocionales...) y dimensiones adaptativas (habilidades sociales, liderazgo...). La evaluación puede realizarse utilizando las diversas fuentes de información (padres, tutores y el propio sujeto) y los distintos métodos (cuestionarios, historia estructurada del desarrollo...).

² Ha sido utilizada la adaptación Española: Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes (BASC, Equipo de investigación de la Universidad Complutense de Madrid (Javier González Marqués, Sara Fernández Guinea, Elena Pérez Hernández) y departamento I+D de TEA Ediciones (Pablo Santamaría Fernández).

En este trabajo hemos utilizado el cuestionario de valoración para padres (P), es una medida detallada tanto de las conductas adaptativas como de las problemáticas en los ámbitos familiar y comunitario. Tiene diferentes cuestionarios según la edad, se seleccionó para el estudio los cuestionarios que corresponden al nivel de edad de los 6 hasta los 12 años (P2) y de los 12 a los 18 años (P3) para las escalas de hiperactividad, problemas de atención, problemas de conducta, agresividad, ansiedad y depresión. Así como también, se ha utilizado el autoinforme de personalidad (S), que es un inventario de personalidad que consta de enunciados que han de ser contestados como verdadero o falso. Tiene dos niveles de edad: niños de 8 a 11 años (S2) y adolescentes de 12 a 18 años (S3). Para la investigación se seleccionó los autoinformes del nivel de edad de los 12 hasta los 18 (S3) para las escalas de depresión y ansiedad.

Pasamos a describir las escalas citadas anteriormente que han sido utilizadas en la investigación:

La escala de hiperactividad mide dos aspectos de la triada de síntomas del TDAH, hiperactividad e impulsividad. La definición de la escala es la tendencia a ser excesivamente activo, a ejecutar precipitadamente los trabajos y actividades, y a actuar sin pensar.

La escala de problemas de atención evalúa la incapacidad de mantener la atención y la tendencia a distraerse fácilmente. La definición de la escala es la tendencia a distraerse fácilmente y la incapacidad para concentrarse durante un periodo prolongado.

La escala de problemas de conducta mide conductas socialmente desviadas y perturbadoras que son características de la categoría de trastornos de comportamiento del DSM-IV (APA, 2002). La definición de la escala es la tendencia a mostrar comportamiento antisocial y que rompe con las reglas, incluyendo destruir propiedades.

La escala de agresividad mide tanto la agresividad física (romper las propiedades de otros, golpear a otros y ser cruel con los animales) como la de tipo verbal (discutir, insultar, criticar, culpar y amenazar a otros). La definición de la escala es la tendencia a actuar de forma hostil (sea verbal o físicamente) que amenaza a otros.

La escala de ansiedad en los cuestionarios de valoración para padres mide la preocupación, miedos, fobias, autodesaprobación y nerviosismo. La definición de la escala es la tendencia a estar nervioso, asustado o preocupado por problemas reales o imaginarios. Y en el autoinforme de personalidad se evalúa la presencia de miedos generalizados, sensibilidad excesiva y preocupaciones que habitualmente son irracionales y están poco elaboradas en la mente del individuo. Y la definición de la escala son sentimientos de nerviosismo, preocupación y miedo; tendencia a sentirse desbordado por los problemas.

La escala de depresión en los cuestionarios de valoración para padres mide el ánimo disfórico, ideas suicidas, aislamiento de los otros y autorreproches. La definición de la escala son sentimientos de infelicidad, tristeza y estrés que pueden dar como resultado una incapacidad para llevar a cabo actividades cotidianas o pueden acarrear pensamientos de suicidio. Y en el autoinforme de personalidad se evalúa los sentimientos de soledad y tristeza e incapacidad para disfrutar de la vida. Y la definición de la escala son sentimientos de infelicidad, tristeza y desánimo; creencia de que nada va bien.

Las puntuaciones obtenidas en cualquiera de las escalas son transformadas en puntuaciones T que contrarrestan los efectos de la edad y el sexo sobre las distintas variables, permitiendo establecer comparaciones entre sujetos de diferentes edades y sexos.

El proceso de selección de la muestra para la baremación en España de los cuestionarios fue de 2.400 sujetos, 1.200 varones y 1.200 mujeres. Con edades comprendidas entre los 3 y los 18 años.

En cuanto a la fundamentación estadística en la adaptación española de los cuestionarios de valoración para padres, señalar que la consistencia interna de las escalas está alrededor de 0,70, variando desde 0,67 a 0,77; mostrando en líneas generales una adecuada consistencia en los distintos niveles y grupos normativos. La consistencia interna de las dimensiones globales varía de 0,77 a 0,91, con un valor promedio de 0,85. Los estudios originales americanos mostraron que cuando la prueba era aplicada a una muestra clínica, la fiabilidad que tenían las distintas escalas, eran superiores a las obtenidas con muestra general en varios puntos. Los estudios españoles obtuvieron valores similares a los americanos en fiabilidad test-retest (medianas 0,85, 0,88 y 0,70 en cada uno de los niveles), mostraron correlaciones altas, con valores medios de 0,77, 0,78 y 0,81 en cada uno de los niveles.

En cuanto a los estudios de validez realizados con los cuestionarios para padres en la versión original, señalar que las correlaciones realizadas entre las escalas del cuestionario P del BASC y el Child Behavior Checklist de Achenbach (CBCL; Achenbach, 1991) que tienen contenido similar, son bastante altas; por ello, los patrones correlacionales obtenidos apoyan la validez de constructo de las escalas de P. Respecto a los estudios realizados en la adaptación española las puntuaciones del BASC presentan una adecuada validez convergente-divergente con las puntuaciones obtenidas por el BAS (Silva y Martorell, 2001), una prueba ya tipificada en nuestro contexto y con amplios estudios que avalan su validez.

En cuanto a la fundamentación estadística en la adaptación española de los autoinformes de personalidad, me gustaría señalar que la consistencia interna de las escalas está alrededor de 0,76, mostrando en líneas generales una adecuada consistencia en los distintos niveles y grupos normativos. La consistencia interna de las dimensiones globales varía de 0,77 a 0,91, con un valor promedio de 0,86. Referente a la fiabilidad test-retest, los estudios originales obtuvieron correlaciones altas, con valores medios de 0,76 en ambos niveles; sin embargo, los estudios de la adaptación española obtuvieron valores

moderadamente inferiores a los americanos (medianas de 0,69 y 0,76 en los diferentes niveles).

Los estudios de validez realizados en relación con los autoinformes de personalidad en la versión original, señalan que los instrumentos Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI; Hathaway y Mckinley, 1942, 1943; 1970), Youth Self-Report (YSR; Achenbach, 1985) y el Behavior Rating Profile (BRP; Brown y Hamill, 1983) mostraron un adecuado grado de concordancia con la mayoría de las escalas y dimensiones del autoinforme, suponiendo estos resultados un respaldo a la validez de constructo. En los estudios de la adaptación española se realizaron los estudios de validez convergente con las siguientes pruebas de autoinforme, la Batería de Socialización (BAS-3; Silva y Martorell, 2001), el Cuestionario de Personalidad para niños (CPQ; Porter y Cattell, 2001), el Cuestionario de personalidad para adolescentes (HSPQ; Cattell y Cattell, 2001) y el Test autoevaluativo multifactorial de adaptación infantil (TAMAI; Hernández, 2002); que proporcionaron un fuerte apoyo a la validez de criterio.

Cuestionario de Vinculación Parento-Filial (Martinez, 2008)³. Para conocer las representaciones del vínculo. Consta de 33 ítems con una escala de respuesta de valores entre el 1 (no ocurre nunca) y 7 (ocurre siempre). Está dirigida a los padres. Se compone de dos dimensiones: Dimensión de sistema de cuidados y dimensión de apego. A continuación especifico las escalas que componen cada dimensión.

Dimensión de sistema de cuidados, se describe las modalidades de conducta (patrones relacionales del adulto respecto al hijo) predominantes en la figura de apego que configuran el vínculo de apego. Se divide en 4 escalas (16 ítems, distribuidos: 4 ítems en cada escala):

³ El equipo de investigación Infancia, Adolescencia y Salud Psicológica de la Universidad de Deusto ha trabajado en la validación del Cuestionario de Vinculación Parento-Filial (Martinez, 2008).

Escala de agente instrumental: Capacidad de los padres de proveer una base segura (disponibilidad y accesibilidad). Las conductas a valorar son: Grado de atención prestada al niño (entre sofocación y abandono); lugar e importancia de la vida social del niño; indicios de actitudes hostiles o abusivas.

Escala de semejante subjetivo: Capacidad de la figura de apego para la lectura de la mente, para reconocer a través de la conducta los estados interiores. Las conductas a valorar: Grado de relación que establecen los adultos entre los comportamientos del niño y los sucesos reales entorno al vínculo.

Escala de regulador emocional: Capacidad de regular la ansiedad del niño mediante la sensibilidad y disponibilidad. Las conductas a valorar: Alarma ante problemas y enfermedades del niño; incapacidad de tolerar el llanto; importancia otorgada a las figuras de apego sustitutivas, a la separación o pérdida de las mismas; reacciones o comportamientos habituales ante malestares del niño.

Escala de objeto corporal: A través del contacto físico las figuras de apego generan un placer corporal que estimula su sensibilidad. Este *plus* de placer erógeno contribuye a la estructuración del vínculo placentero y selectivo. Con el tiempo este contacto físico tendrá que ir evolucionando para no confundirse con fantasías y deseos sexuales. Las conductas a valorar: Reconocimiento de la importancia del cuidado y contacto físico (caricias, abrazos) del hijo; compartir experiencias culturales con el hijo; juego compartido; reconocimiento de la necesidad del hijo de recibir muestras de su cariño a nivel físico.

Dimensión de apego. Se divide en dos escalas:

Escala de reencuentro: Valora el comportamiento del hijo hacia sus padres en situaciones donde el hijo se reencuentra con ellos. Después de haber permanecido un cierto

lapso temporal sin verles. Consta de 9 ítems, y se nutren de ítems que evalúan los diferentes estilos de apego (seguro, ambivalente, evitativo y desorganizado).

Escala de exploración: Evalúa el comportamiento del hijo en su interacción social tomando como eje la relación con sus padres, estando compuesto por 8 ítems.

Para la elaboración del cuestionario participaron 43 familias con hijos de entre 6 y 9 años. Tras la realización de los análisis estadísticos se ha obtenido un alfa de Cronbach de 0,73. Posteriormente se realizó el estudio de la tesina que ha supuesto el punto de partida de mi tesis, con una muestra de 193 padres de hijos entre 6 y 16, la consistencia interna de las escalas varía desde 0,42 a 0,71. Señalar a su vez que en la realización del análisis factorial exploratorio del cuestionario de vinculación Parento-Filial el índice de adecuación muestral Kaiser Meyer Olkin fue significativo, alcanzó un valor de 0,628 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue ($p < 0.05$). Los resultados mostraron una alta correspondencia con los resultados del autor del cuestionario en términos de los componentes extraídos del resultado del análisis.

Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Frick, 1991 citado en Shelton et al., 1996)⁴ Para obtener los estilos educativos. La versión original del Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Frick, 1991 citado en Shelton et al., 1996) es un instrumento creado a través de ítems que se han utilizado en investigaciones anteriores con el objeto de evaluar diferentes constructos de estilos educativos parentales que muestran los efectos más fuertes y consistentes en el comportamiento infantil problemático. Los ítems se contestan en una escala de frecuencias en función de la presencia habitual de la conducta dentro de la familia: 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (casi siempre) y 5 (siempre). La composición es de 35

⁴ Ha sido utilizada la Versión Española para padres: Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Servera, 2007).

ítems que evalúan los cinco constructos fundamentales asociados con problemas de conducta: Implicación Parental (10), Estilo Educativo Positivo (6), Escasa Monitorización y Supervisión parental (10), Inconsistencia en la Disciplina (6) y uso parental de Castigo Corporal (3). También se incluyeron 7 ítems adicionales que no se tuvieron en cuenta en el análisis y miden prácticas disciplinarias específicas diferentes del castigo corporal. Se miden desde una perspectiva de múltiples métodos de evaluación (formatos de autoinforme y entrevista telefónica) y fuentes de información (versión para padres y para hijos).

El análisis psicométrico de la versión original de este instrumento ha puesto en evidencia la elevada fiabilidad y validez (Shelton et al., 1996).

Otros estudios han demostrado la adecuada fiabilidad y validez del instrumento APQ. Shelton et al. (1996) analizaron las propiedades psicométricas en familias de sujetos clínicos (N= 124) y voluntarios (N= 36) de 6 a 13 años; los resultados señalaron que de manera general las escalas del APQ mostraban una adecuada consistencia interna a través de los diferentes formatos utilizados, con la excepción de los tres ítems de la escala castigo corporal en los diferentes formatos, así como también, de la escala de monitorización/supervisión parental en el formato de entrevista telefónica. Otro estudio que indica resultados similares es el que llevaron a cabo Dadds, Maujean y Fraser (2003) en una muestra de niños australianos de entre 4 y 6 años (N=802), los resultados mostraron una adecuada consistencia interna para las escalas de implicación parental, estilo educativo positivo y disciplina inconsistente con un alfa de Cronbach mayor de 0,70. Sin embargo, los resultados de las escalas de monitorización/supervisión parental y castigo corporal demostraron una baja consistencia interna con un alfa de Cronbach menor de 0,40. La estabilidad y validez discriminante entre la muestra clínica y voluntaria fue adecuada para todas las escalas.

Por último, la adaptación española del APQ (Servera, 2007) se compone de cuarenta y dos ítems que evalúan seis constructos: *Implicación Parental*, *Crianza Positiva*, *Disciplina Apropriadada*, *Disciplina Inconsistente*, *Pobre supervisión* y *Disciplina Severa*. Los ítems se refieren a estilos educativos dentro de la familia en general, y se contestan en una escala de frecuencias en función de la presencia habitual de la conducta dentro de la familia: 1 (nunca), 2 (casi nunca), 3 (a veces), 4 (a menudo) y 5 (siempre). En nuestro estudio se ha utilizado el método de autoinforme, en la versión para padres y la versión para adolescentes.

The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA; Armsden y Greenberg, 1987). Para obtener aspectos cognitivo-afectivos del apego hacia los padres. Los autores parten de la teoría de Bowlby en relación a las dimensiones cognitivo-afectivas de confianza en la accesibilidad y respuesta de la figura de apego. Consta de dos escalas independientes, escala progenitora (28 ítems) y escala de pares (25 ítems); que son respondidas por los adolescentes, con una escala tipo likert de cinco grados, siendo 1 casi nunca o nunca es verdad, y 5 casi siempre o siempre es verdad. El estudio de Armsden y Greenberg (1987) utilizó una muestra de 179 estudiantes universitarios de entre 16 y 20 años. El análisis factorial reveló la existencia de tres subescalas para cada una de ellas: Confianza, comunicación y alienación. Los resultados del estudio revelaron altos índices de confiabilidad para las subescalas de los padres (confianza: $\alpha=0,91$, comunicación: $\alpha= 0,91$ y alienación: $\alpha= 0,86$), así como también para las subescalas de los pares (confianza: $\alpha=0,91$, comunicación: $\alpha= 0,87$ y alienación: $\alpha= 0,72$). Con un intervalo de tres semanas, obtuvieron una fiabilidad test-retest de 0,93 para la medida de apego en padres y de 0,86 para la medida de apego en pares. Y respecto al estudio de la validez convergente la elevada correlación con la Family Environment Scale (FES) (Moos, 1974) avala la adecuada validez del instrumento. La corrección de las escalas puede realizarse bien de forma

independiente para cada una de ellas, o bien de forma global, consiguiendo un índice de seguridad psicológica = Confianza + Comunicación - Alienación.

La versión en castellano de este instrumento (Pardo, Pineda, Carrillo y Castro, 2006) elaborada con muestra de adolescentes Colombianos, constata que es una herramienta válida y confiable para estudiar el vínculo afectivo de los adolescentes con los padres y pares. Han establecido las propiedades psicométricas en una muestra de 1435 adolescentes colombianos con edades comprendidas entre los 15 y los 20 años. El estudio presentó altos niveles de confiabilidad tanto para la escala de padre y madre, como para la escala de pares.

Específicamente, en cuanto a las dimensiones de cada escala se encontró que confianza y comunicación presentaron valores superiores a un $\alpha = 0,83$. Sin embargo, la dimensión de alienación presentó valores que oscilaron entre 0,54 a 0,68. También comprobaron según lo esperado que las correlaciones entre las dimensiones de las escalas de apego con el padre y con la madre fueron significativamente positivas entre comunicación y confianza, y negativas con la dimensión de alienación. En las escalas de pares, las correlaciones entre las dimensiones presentaron resultados similares a los encontrados en las escalas de padres. En nuestro estudio solo se ha utilizado la escala para progenitores.

La evaluación de la validez se inició con un análisis factorial confirmatorio de componentes principales con rotación varimax, los resultados demostraron una correspondencia total, excluyendo el ítem 9, con los hallazgos de Armsden y Greenberg (1987) en términos de los ítems incluidos en cada uno de los factores (confianza, comunicación y alienación) de cada una de las escalas. Para calcular la validez de criterio se realizó una correlación entre las dimensiones del IPPA (Armsden y Greenberg, 1987) y del Instrumento de Vínculo Parental (PBI) (Parker, Tupling y Brown, 1979), y se obtuvo que el 61% de las correlaciones eran significativas ($p < 0.05$). Finalmente, se estudió la validez convergente mediante la evaluación de la asociación entre las dimensiones del IPPA y de las

escalas de Auto-Concepto Tennessee (TSCS) (Fitts, 1965) y del cuestionario de Apoyo Social (Russell y Cutrona, 1987); ambos instrumentos con medidas de bienestar. Los resultados mostraron asociaciones significativas positivas entre la dimensión de confianza y comunicación del IPPA y con las dimensiones del instrumento de auto-concepto y del cuestionario de Apoyo Social ($p < 0.01$); por el contrario, las correlaciones entre la dimensión de alienación del IPPA y las dimensiones del instrumento de auto-concepto y las dimensiones del cuestionario Apoyo social fueron negativas ($p < 0.01$).

7. RESULTADOS

7.1. Fiabilidad

En primer lugar, hemos estimado la consistencia interna de los instrumentos utilizados y posteriormente, se realizó un análisis pormenorizado de los ítems que componen cada una de las escalas.

7.1.1. Fiabilidad de los instrumentos utilizados en la muestra de los padres

A continuación en la Tabla 3, se puede observar la fiabilidad de las escalas del BASC. Los resultados evidenciaron coeficientes de consistencia interna que varían de satisfactorios a altos para todas las escalas del nivel de primaria ($.72 < \alpha < .89$) y del nivel de secundaria ($.75 < \alpha < .88$). En la obtención de nuestros resultados hemos invertido en la escala de déficit de atención del nivel de primaria los elementos 57, 59, 61 y 71 para evitar los valores negativos. Similarmente, en la escala de déficit de atención del nivel de secundaria se invirtieron los elementos 54, 61, 68 y 72. En cuanto a la escala de problemas de conducta del nivel de secundaria, la eliminación de dos (elemento 47 y 60) de sus catorce ítems conllevó un aumento de la fiabilidad ($\alpha = .75$).

En la Tabla 4, se puede observar la fiabilidad de las dimensiones y escalas del cuestionario de Vinculación Parento-Filial. La dimensión de apego demostró una baja consistencia interna ($\alpha < .40$). Sin embargo, al analizar por separado las escalas que la componen (exploración y reencuentro) se observaron valores fiables ($\alpha = .65$; $\alpha = .56$; respectivamente). Además, encontramos un aumento en la fiabilidad de la escala de reencuentro con la eliminación de uno (elemento 151) de sus nueve ítems ($\alpha = .56$). Respecto a la dimensión de sistema de cuidados, presentó una consistencia interna aceptable ($\alpha = .57$), pero las escalas que la forman demostraron una baja consistencia interna ($\alpha < .40$). Inclusive,

debemos señalar que en la escala de regulador emocional se invirtió el ítem 129 para evitar los valores negativos y en la escala de objeto corporal se eliminó un ítem (elemento 130) de sus cuatro ítems para el aumento de la fiabilidad ($\alpha = .27$).

En la Tabla 5, se puede visualizar la fiabilidad de las escalas positivas y negativas del cuestionario APQ. Los resultados para las escalas positivas mostraron valores moderados ($.60 < \alpha < .72$). Respecto a la escala disciplina apropiada, encontramos un aumento en la fiabilidad con la eliminación de uno (elemento 116) de sus 6 ítems ($\alpha = .60$). En las escalas negativas apreciamos que la escala disciplina inconsistente alcanzó un valor aceptable ($\alpha = .69$); sin embargo, la escala pobre supervisión ($\alpha = .58$) y la escala disciplina severa ($\alpha = .58$) obtuvieron valores moderadamente inferiores al resto.

Tabla 3

Consistencia interna de las escalas del BASC

Escalas	Media	Varianza	DE	Alfa
Nivel de Primaria				
Hiperactividad	8.27	7.25	2.69	0.72
Problemas de Atención	15.98	27.38	5.23	0.89
Problemas de Conducta	15.36	8.88	2.98	0.71
Agresividad	20.91	17.78	4.22	0.80
Ansiedad	12.91	12.74	3.57	0.74
Depresión	18.10	25.10	5.01	0.86
Nivel de Secundaria				
Hiperactividad	7.70	8.70	2.95	0.83
Problemas de Atención	21.67	22.33	4.73	0.75
Problemas de Conducta	15.33	8.42	2.90	0.75
Agresividad	16.23	14.47	3.80	0.82
Ansiedad	15.02	19.92	4.46	0.81
Depresión	15.44	21.47	4.63	0.88

Tabla 4

Consistencia interna de las dimensiones/escalas del Cuestionario de Vinculación Parento-Filial

Dimensiones/Escalas	Media	Varianza	DE	Alfa
Dimensión Sistema de Cuidados	48.39	76.50	8.75	0.57
Agente instrumental	10.59	14.26	3.78	0.37
Semejante subjetivo	8.30	11.21	3.35	0.38
Regulador emocional	10.72	17.15	4.14	0.34
Objeto corporal	23.15	11.99	3.46	0.27
Dimensión Apego	71.93	56.94	7.55	0.37
Reencuentro	22.19	37.09	6.09	0.56
Exploración	44.63	35.29	5.94	0.65

Tabla 5

Consistencia interna de las escalas del APQ

Escalas	Media	Varianza	DE	Alfa
Escalas positivas				
Implicación parental	40.28	20.51	4.53	0.72
Crianza positiva	25.44	9.24	3.04	0.68
Disciplina apropiada	10.53	10.39	3.22	0.60
Escalas negativas				
Disciplina inconsistente	11.78	13.56	3.68	0.69
Pobre supervisión	13.74	16.13	4.02	0.58
Disciplina severa	6.94	3.23	1.80	0.58

7.1.2. Fiabilidad de los instrumentos utilizados en la muestra de los adolescentes

Podemos observar en la Tabla 6 la fiabilidad de las escalas del BASC. Las escalas de hiperactividad, problemas de conducta, agresividad y depresión presentaron valores negativos; y las escalas de problemas de atención y ansiedad obtuvieron un bajo coeficiente de consistencia interna ($\alpha = .57$; $\alpha = .02$; respectivamente).

En la Tabla 7 aparecen los resultados de la consistencia interna de las escalas del IPPA. Los resultados evidenciaron un coeficiente de consistencia interna alto para la escala de confianza ($\alpha = .80$) y la escala de comunicación ($\alpha = .86$). En cuanto a la escala de

alienación, el resultado es aceptable ($\alpha = .60$). El índice total del instrumento es adecuado ($\alpha = .78$).

Finalmente, en la Tabla 8 encontramos los resultados de la fiabilidad del APQ. Los coeficientes de consistencia interna para las escalas positivas resultaron satisfactorias ($\alpha > .70$), a excepción de la escala disciplina apropiada, donde se obtuvo una puntuación inferior ($\alpha = .53$). Respecto a la escala disciplina apropiada, encontramos un aumento en la fiabilidad con la eliminación de dos (elemento 276 y 282) de sus 6 ítems ($\alpha = .53$). En cambio, los coeficientes de consistencia arrojaron valores moderados para las escalas negativas ($.60 < \alpha < .70$).

Tabla 6

Consistencia interna de las escalas del BASC

Escalas	KR20
Hiperactividad	-0.32
Problemas de Atención	0.57
Problemas de Conducta	-2.15
Agresividad	-1.51
Ansiedad	0.02
Depresión	-0.90

Tabla 7

Consistencia interna de las escalas del IPPA

Escalas	Media	Varianza	DE	Alfa
Comunicación	36.46	52.66	7.26	0.86
Confianza	42.64	33.85	5.82	0.80
Alienación	12.11	16.72	4.09	0.60
Total	91.16	119.73	10.94	0.78

Tabla 8

Consistencia interna de las escalas del APQ

Escalas	Media	Varianza	DE	Alfa
Escalas positivas				
Implicación parental madre	35.97	40.36	6.35	0.75
Implicación parental padre	32.70	55.23	7.43	0.81
Crianza positiva	21.86	23.82	4.88	0.78
Disciplina apropiada	7.15	7.96	2.82	0.53
Escalas negativas				
Disciplina inconsistente	12.90	17.03	4.13	0.62
Pobre supervisión	15.53	22.56	4.75	0.66
Disciplina severa	6.93	4.74	2.18	0.60

7.2. Análisis de la estructura factorial de los instrumentos

Respecto a los diferentes instrumentos utilizados en la muestra de padres y adolescentes hemos realizado un análisis factorial confirmatorio.

7.2.1. Análisis de la estructura factorial de los instrumentos utilizados en la muestra de los padres

A continuación en las Tablas 9, 10 y 11 se pueden observar los índices de ajuste del modelo de la estructura factorial de las escalas de los instrumentos utilizados. En la mayoría de las escalas el Chi-cuadrado tiene un p-value mayor del 0.05, lo que nos indica un buen ajuste de los datos. Además, se puede corroborar la bondad del ajuste con otros indicadores de ajuste (CFI, NFI, RFI, IFI, TLI), la gran mayoría de ellos sobrepasan el valor 0.90 el cual nos indica que existe un ajuste adecuado del modelo. Cabe resaltar que en los casos en los que los valores del Chi-cuadrado son no significativos, no por ello se podría ser determinante en que los ítems no representan a la escala medida, salvo que también en los otros indicadores de bondad de ajuste tengan valores por debajo de 0.90. Por último, señalar que hemos eliminado la escala de hiperactividad del nivel de secundaria debido a que no cumple los criterios de adecuación para aceptar la validación del constructo. Se pueden observar el

los anexos las figuras de los modelos del constructo de las escalas del BASC (anexo E, Figura 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11); del Cuestionario de Vinculación Parento-Filial (anexo E, Figura 12, 13, 14); y del APQ (anexo E, Figura 15, 16, 17, 18, 19, 20).

Tabla 9

Índices de ajuste del modelo de la estructura factorial de las escalas del BASC

Escalas		df	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
Nivel de Primaria							
Hiperactividad	1.647	2	0.994	0.972	1.001	1.006	1.000
Problemas de Atención	13.995	9	0.985	0.996	0.995	0.987	0.995
Problemas de Conducta	9.401	9	0.896	0.757	0.995	0.987	0.994
Agresividad	5.127	2	0.988	0.941	0.993	0.963	0.993
Ansiedad	4.707	2	0.982	0.909	0.989	0.946	0.989
Depresión	2.005	2	0.988	0.941	1.000	1.000	1.000
Nivel de Secundaria							
Problemas de Atención	4.017	5	0.993	0.978	1.002	1.006	1.000
Problemas de Conducta	21.231	14	0.908	0.816	0.967	0.928	0.964
Agresividad	12.016	9	0.935	0.849	0.983	0.957	0.982
Ansiedad	18.680	14	0.916	0.833	0.978	0.952	0.976
Depresión	12.828	9	0.948	0.878	0.984	0.960	0.983

Tabla 10

Índices de ajuste para los modelos de la estructura factorial de las dimensiones/escalas del

Cuestionario de Vinculación Parento-Filial

Dimensiones/Escalas		df	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
Dimensión Sistema de Cuidados	18.473	14	0.901	0.802	0.974	0.944	0.972
Dimensión Apego							
Reencuentro	29.284	5	0.918	0.754	0.931	0.787	0.929
Exploración	11.083	2	0.941	0.704	0.951	0.744	0.949

Tabla 11

Índices de ajuste para los modelos de la estructura factorial de las escalas APQ

Escalas		df	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
Escalas positivas							
Implicación parental	0.695	2	0.998	0.989	1.004	1.022	1.000
Crianza positiva	4.330	2	0.988	0.941	0.994	0.967	0.993
Disciplina apropiada	4.078	2	0.983	0.917	0.991	0.956	0.991
Escalas negativas							
Disciplina inconsistente	17.235	9	0.965	0.919	0.983	0.959	0.983
Pobre supervisión	11.141	5	0.949	0.847	0.971	0.909	0.970
Disciplina severa	25.473	2	0.913	0.564	0.919	0.584	0.917

7.2.2. Análisis de la estructura factorial de los instrumentos utilizados en la muestra de los adolescentes

A continuación en las Tablas 12 y 13 se pueden observar los índices de ajuste del modelo de la estructura factorial de las escalas de los instrumentos utilizados. En la mayoría de las escalas el Chi-cuadrado tiene un p-value mayor del 0.05, lo que nos indica un buen ajuste de los datos. Además, se puede corroborar la bondad del ajuste con otros indicadores de ajuste (CFI, NFI, RFI, IFI, TLI), la gran mayoría de ellos sobrepasan el valor 0.90 el cual nos indica que existe un ajuste adecuado del modelo. Cabe resaltar que en los casos en los que los valores del Chi-cuadrado son no significativos, no por ello se podría ser determinante en que los ítems no representan a la escala medida, salvo que también en los otros indicadores de bondad de ajuste tengan valores por debajo de 0.90. Se pueden observar en los anexos las figuras de los modelos del constructo de las escalas del IPPA (anexo E, Figura 21, 22, 23); y del APQ (anexo E, Figura 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30).

Tabla 12

Índices de ajuste para los modelos de la estructura factorial de las escalas del IPPA

Escalas		df	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
Comunicación	35.123	20	0.916	0.850	0.962	0.929	0.961
Confianza	7.580	5	0.936	0.807	0.977	0.925	0.975
Alienación	4.707	9	0.932	0.842	1.071	1.207	1.000

Tabla 13

Índices de ajuste para los modelos de la estructura factorial de las escalas APQ

Escalas		df	NFI	RFI	IFI	TLI	CFI
Escalas positivas							
Implicación parental madre	29.511	20	0.801	0.642	0.926	0.848	0.916
Implicación parental padre	20.892	14	0.893	0.787	0.962	0.918	0.959
Crianza positiva	15.705	5	0.921	0.763	0.945	0.825	0.942
Disciplina apropiada	5.331	2	0.874	0.368	0.917	0.482	0.896
Escalas negativas							
Disciplina inconsistente	6.810	5	0.906	0.717	0.973	0.905	0.968
Pobre supervisión	21.176	14	0.791	0.582	0.918	0.804	0.902
Disciplina severa	4.025	2	0.956	0.778	0.977	0.874	0.975

7.3. Caracterización de la muestra

7.3.1. En cuanto a las respuestas de los padres

Respecto a las puntuaciones que obtienen los grupos en las escalas de déficit de atención e hiperactividad del BASC utilizadas para objetivar el diagnóstico de TDAH (Tabla 14), señalar que según lo esperado en función del subtipo del que está diagnosticado cada sujeto del grupo clínico, los resultados son:

En la escala de hiperactividad, los sujetos del subtipo combinado alcanzan las puntuaciones más altas, seguido del subtipo hiperactivo-impulsivo. Y en la escala de problemas de atención, los sujetos del subtipo déficit de atención son los que alcanzan las puntuaciones más elevadas en el nivel de primaria. En cambio, no obtenemos esa mayor

puntuación en el nivel de secundaria, probablemente se debe a que los padres con hijos diagnosticados del subtipo hiperactivo impulsivo y el combinado observan más dificultades que los padres del subtipo déficit de atención en el periodo escolar de secundaria porque las dificultades son más evidentes en estos subtipos cuando hay mayores exigencias en el ámbito escolar y familiar.

A continuación, pasamos a detallar los datos obtenidos en el resto de las escalas del BASC empleadas para obtener más información de las variables que pueden aparecer en los casos de los diagnósticos de TDAH (Tabla 14).

En las escalas de problemas de conducta y agresividad, los sujetos del subtipo hiperactivo impulsivo alcanzan las puntuaciones más elevadas, seguido del subtipo combinado. Y en las escalas de ansiedad y depresión, las mayores puntuaciones se reflejan en el subtipo combinado.

Tabla 14

Análisis descriptivo de las puntuaciones de las escalas del BASC

		Grupo Clínico									Grupo Control		
		Subtipo déficit de atención			Subtipo hiperactivo impulsivo			Subtipo combinado					
		N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E
Primaria	Hiperactividad	47	8.28	2.11	10	10.40	2.12	81	11.09	2.28	207	7.06	2.02
	Problemas de Atención	46	17.61	3.26	10	14.50	2.88	79	17.42	3.22	205	10.80	3.06
	Problemas de Conducta	48	8.06	1.76	9	8.89	1.45	76	8.43	1.54	203	7.40	1.26
	Agresividad	47	9.43	2.47	10	11.30	1.77	82	10.76	2.47	209	8.07	2.11
	Ansiedad	39	8.85	2.72	4	6.75	0.96	43	9.67	2.91	130	6.76	1.58
	Depresión	39	6.92	1.99	4	5.50	1.29	43	8.42	2.35	134	5.38	1.31
Secundaria	Problemas de Atención	26	8.31	2.87	3	10.33	1.53	31	8.19	2.68	125	13.1	2.39
	Problemas de Conducta	27	10.66	2.45	3	11.67	5.69	29	11.38	2.56	125	8.85	1.45
	Agresividad	27	8.93	2.48	3	7.33	2.31	32	9.97	2.52	131	8.05	1.82
	Ansiedad	21	15.14	5.14	1	7.00		19	14.42	2.80	81	10.30	2.27
	Depresión	23	13.17	4.69	1	7.00		18	12.28	2.49	84	8.82	1.64

En cuanto a las puntuaciones que alcanzan los grupos en las escalas del Cuestionario de vinculación Parento-Filial utilizadas para conocer las representaciones del vínculo (Tabla 15), los resultados son:

En las escalas de agente instrumental y regulador emocional, los sujetos del subtipo combinado obtienen las puntuaciones más elevadas en el nivel de primaria y secundaria. En la escala agente instrumental, a mayor puntuación obtenida significa que existe una menor disponibilidad y accesibilidad. Y en la escala regulador emocional, a mayor puntuación obtenida significa una menor sensibilidad y disponibilidad. Así como encontramos que las mayores puntuaciones en apego inseguro (evitativo, ambivalente y desorganizado) aparecen en el subtipo combinado.

Tabla 15

Análisis descriptivo de las puntuaciones de las escalas del Cuestionario de Vinculación Parento-Filial

		Grupo Clínico									Grupo Control		
		Subtipo déficit de atención			Subtipo hiperactivo impulsivo			Subtipo combinado					
		N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E
Primaria	Agente instrumental	46	5.24	2.46	9	5.56	2.40	82	5.73	2.34	201	5.36	2.38
	Semejante subjetivo	47	5.81	2.54	9	5.44	2.01	80	6.20	3.35	202	5.27	2.44
	Regulador emocional	46	4.26	2.55	10	4.80	3.97	80	5.30	3.01	205	5.07	2.64
	Apego evitativo	47	4.55	2.19	9	3.78	1.72	80	5.03	2.33	192	4.09	1.82
	Apego ambivalente	48	1.44	0.80	10	1.80	1.03	81	2.31	1.68	206	1.44	1.01
	Apego desorganizado	48	3.83	1.85	10	4.00	2.16	82	5.44	2.65	206	3.25	1.73
Secundaria	Agente instrumental	24	5.33	2.51	3	3.33	1.53	30	5.90	2.01	129	5.14	2.18
	Semejante subjetivo	26	6.58	2.89	3	4.00	1.73	31	6.23	2.53	128	5.59	2.87
	Regulador emocional	26	5.19	2.61	3	3.33	2.31	31	5.45	2.79	128	5.24	2.71

Finalmente, relativo a las puntuaciones que obtienen los grupos en las escalas del APQ empleadas para conseguir información sobre las variables relacionadas con los estilos educativos (Tabla 16), los resultados son:

En las escalas de disciplina severa y pobre supervisión, los sujetos del subtipo combinado alcanzan puntuaciones más elevadas en el nivel de primaria y secundaria. En cambio, las mayores puntuaciones en la escala de disciplina inconsistente se encuentran en el subtipo combinado para el nivel de primaria, y en el subtipo déficit de atención para el nivel de secundaria. Las diferencias encontradas en la escala de disciplina inconsistente en función del periodo escolar señalado, podrían justificarse debido a que los padres de los niños diagnosticados del subtipo déficit de atención empiezan a percibir mayores dificultades en el periodo de secundaria por la existencia de mayores exigencias en el ámbito familiar y escolar, pudiendo conllevar una mayor inconsistencia en la disciplina. Por último, en la escala de crianza positiva las medias son muy parecidas entre los grupos.

Tabla 16

Análisis descriptivo de las puntuaciones de las escalas del APQ

		Grupo Clínico									Grupo Control		
		Subtipo déficit de atención			Subtipo hiperactivo impulsivo			Subtipo combinado					
		N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E
Primaria	Implicación parental	47	17.23	2.10	8	18.13	1.25	77	16.53	2.42	202	17.21	2.08
	Crianza positiva	48	18.38	1.86	10	18.60	1.65	83	18.24	2.11	206	18.21	1.92
	Disciplina apropiada	46	9.48	2.82	10	10.80	2.90	81	10.38	2.49	201	8.77	2.84
	Disciplina inconsistente	47	10.23	3.73	9	9.44	2.19	81	10.84	3.47	203	9.51	3.03
	Pobre supervisión	43	6.67	2.50	8	6.88	2.85	62	7.73	2.95	193	7.22	3.06
	Disciplina severa	48	6.85	1.87	10	8.30	1.83	83	7.18	1.68	206	6.96	1.68
Secundaria	Implicación parental	27	17.07	1.73	3	17.67	4.04	33	16.85	2.15	130	17.08	2.24
	Crianza positiva	26	17.81	2.25	3	19.00	1.00	33	18.09	1.88	130	17.61	2.29
	Disciplina apropiada	25	7.92	2.16	3	8.00	4.00	29	8.83	2.42	127	7.80	2.81
	Disciplina inconsistente	26	10.42	3.16	3	7.66	1.15	31	10.23	2.81	128	9.16	3.17
	Pobre supervisión	24	8.96	4.36	3	9.00	4.00	31	9.06	3.97	130	7.26	3.08
	Disciplina severa	23	6.91	2.00	3	6.66	1.15	32	6.97	1.62	130	6.69	2.00

7.3.2. En cuanto a las respuestas de los adolescentes

Respecto a las puntuaciones que alcanzan los grupos en las escalas del Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA) utilizadas para obtener aspectos cognitivos-afectivos del apego hacia los padres (Tabla 17), los resultados son:

En las escalas de confianza y comunicación, los sujetos de los tres subtipos de TDAH obtienen puntuaciones menores que el grupo control. Y en la escala alienación encontramos la mayor puntuación en el subtipo inatento.

Tabla 17

Análisis descriptivo de las puntuaciones del Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)

	Grupo Clínico									Grupo Control		
	Subtipo déficit de atención			Subtipo hiperactivo impulsivo			Subtipo combinado					
	N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E
Confianza	18	40.83	7.63	1	43.00		16	42.63	5.11	72	43.10	5.48
Comunicación	20	35.40	7.65	1	36.00		15	36.53	6.72	78	36.73	7.37
Alienación	21	13.95	4.91	1	8.00		16	11.19	3.35	79	11.86	3.89

En cuanto a las puntuaciones que alcanzan los grupos en las escalas del APQ utilizadas para obtener la información sobre las variables relacionadas con los estilos educativos (Tabla 18), los resultados son:

En las escalas de disciplina severa y pobre supervisión, los sujetos del subtipo déficit de atención alcanzan puntuaciones más elevadas. A diferencia de la información obtenida en la muestra de padres, donde se encontraban mayores puntuaciones en el subtipo combinado. En la escala de disciplina inconsistente, encontramos las mayores puntuaciones en el subtipo combinado. Por último, en la escala de crianza positiva, la mayor puntuación se aprecia en el grupo control.

Tabla 18

Análisis descriptivo de las puntuaciones de las escalas del APQ

	Grupo Clínico									Grupo Control		
	Subtipo déficit de atención			Subtipo hiperactivo impulsivo			Subtipo combinado					
	N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E	N	Media	D.E
Implicación parental madre	20	36.80	6.97	1	41.00		15	35.53	6.80	80	35.78	6.19
Implicación parental padre	20	30.20	7.52	1	42.00		15	30.33	9.23	75	33.72	6.80
Crianza positiva	21	21.86	5.33	1	18.00		16	21.50	6.41	78	21.99	4.47
Disciplina apropiada	21	7.81	3.04	1	7.00		15	8.13	3.23	81	6.80	2.66
Disciplina inconsistente	20	13.05	4.55	1	14.00		16	13.50	4.23	81	12.73	4.06
Pobre supervisión	20	17.40	4.88	1	12.00		16	15.06	4.92	82	15.21	4.65
Disciplina severa	20	7.35	1.53	1	9.00		16	7.19	2.01	83	6.76	2.34

7.4. Demostración de las hipótesis específicas

7.4.1. Teniendo en cuenta la información proporcionada por los padres

1. Estudiar las representaciones vinculares

Hipótesis 1, apartado a.

Respecto a la primera hipótesis, apartado a, *(El grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) mostrarán que sus hijos tienen mayores niveles de representaciones vinculares inseguras (de tipo ambivalente o desorganizado) en comparación con el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control. A continuación detallamos los estadísticos que hemos realizado para comprobar la hipótesis.*

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones relativas a representaciones vinculares inseguras (ambivalente y desorganizado), donde observamos mediante el

estadístico de Kolmogorov-Smirnov y el el Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que en el nivel de primaria el grupo control y el grupo TDAH (subtipo predominantemente inatento y combinado) no se distribuyen normalmente en ninguna de las puntuaciones ($p < 0.05$). En cambio, el subtipo hiperactivo impulsivo tampoco se distribuye normalmente en la puntuación de apego inseguro ambivalente ($p < 0.05$), pero si se distribuye con normalidad en la puntuación de apego inseguro desorganizado ($p > 0.05$)

Debido a la presencia de datos discordantes y en algunos casos la no normalidad, el Anova podría no dar resultados confiables, por lo tanto, se realiza la prueba de Mann-Whitney. Nos lleva a concluir que a nivel de primaria no existen diferencias significativas entre el grupo control y el subtipo hiperactivo impulsivo para el apego ambivalente ($z = -1.833$; $p = 0.067$) y el apego desorganizado ($z = -1.120$; $p = 0.263$) (Tabla 19). Y entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el subtipo predominantemente inatento para el apego ambivalente ($z = -1.292$; $p = 0.197$) y el apego desorganizado ($z = -0.095$; $p = 0.924$) (Tabla 20). En cambio, existen diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el grupo control y el subtipo combinado para el apego ambivalente ($z = -4.567$; $p = 0.000$) y el apego desorganizado ($z = -6.948$; $p = 0.000$) (Tabla 21). Y entre el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento para el apego ambivalente ($z = -2.739$; $p = 0.006$) y el apego desorganizado ($z = -3.405$; $p = 0.001$) (Tabla 22). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el grupo control y el subtipo inatento presentan menor puntuación que el subtipo combinado en ambas puntuaciones.

Tabla 19

Contraste Mann Whitney entre los grupos control y el subtipo hiperactivo-impulsivo

Escala	U	Z	p
Apego Inseguro Ambivalente	763.500	-1.833	.067
Apego Inseguro Desorganizado	829.000	-1.120	.263

Tabla 20

Contraste Mann Whitney entre el subtipo hiperactivo-impulsivo y el subtipo déficit de atención

Escala	U	Z	p
Apego Inseguro Ambivalente	188.000	-1.292	.197
Apego Inseguro Desorganizado	235.500	-.095	.924

Tabla 21

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo combinado

Escala	U	Z	p
Apego Inseguro Ambivalente	6005.500	-4.567	.000
Apego Inseguro Desorganizado	4193.500	-6.948	.000

Tabla 22

Contraste Mann Whitney entre el subtipo combinado y el subtipo déficit de atención

Escala	U	Z	p
Apego Inseguro Ambivalente	1446.500	-2.739	.006
Apego Inseguro Desorganizado	1271.000	-3.405	.001

Hipótesis 1, apartado b.

En cuanto a la primera hipótesis, apartado b, *(El grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) mostrarán mayores puntuaciones en la escala de agente instrumental (menor disponibilidad y accesibilidad) y en la escala regulador emocional (menor sensibilidad y disponibilidad) en comparación con el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control)*. Los estadísticos que hemos realizado para comprobar la hipótesis son los siguientes.

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones relativas a la escala de agente instrumental y regulador emocional, donde observamos mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y el el Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que en el nivel de primaria el grupo control y el grupo TDAH (subtipo predominantemente inatento y combinado) no se distribuyen normalmente en ninguna de las puntuaciones ($p < 0.05$). En cambio, el subtipo hiperactivo impulsivo si se distribuye con normalidad en ambas puntuaciones ($p > 0.05$). En el nivel de secundaria, en la puntuación de la escala de agente instrumental, exceptuando el grupo hiperactivo impulsivo, no se distribuyen normalmente ($p < 0.05$), y en la puntuación de la escala regulador emocional se distribuyen normalmente el subtipo predominantemente inatento y el combinado ($p > 0.05$), y en cambio el grupo control y el subtipo hiperactivo-impulsivo no se distribuyen con normalidad ($p < 0.05$).

Debido a la presencia de datos discordantes y en algunos casos la no normalidad, el Anova podría no dar resultados confiables, por lo tanto, se realiza la prueba de Mann-Whitney. Nos lleva a concluir que a nivel de primaria tan solo existen diferencias a un nivel de confianza del 95% entre el subtipo predominantemente inatento y el combinado para la escala regulador emocional ($z = -2.044$; $p = 0.041$). Según el valor de probabilidad unilateral

($p < 0.05$) el subtipo combinado presenta mayor puntuación que el subtipo predominantemente inatento (Tabla 23). Y a nivel de secundaria encontramos que existen diferencias a un nivel de confianza del 95% entre el grupo control y el subtipo combinado para la escala agente instrumental ($z = -2.122$; $p = 0.034$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo combinado presentan mayor puntuación que el grupo control (Tabla 24). No hallamos diferencias entre el grupo control y el subtipo hiperactivo impulsivo (Tabla 25), ni entre el grupo hiperactivo impulsivo y el subtipo predominantemente inatento ($p > 0.05$) (Tabla 26).

Tabla 23

Contraste Mann Whitney entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado

Escala		U	Z	p
Agente Instrumental	Primaria	1616.500	-1.352	.176
	Secundaria	301.500	-1.031	.303
Regulador Emocional	Primaria	1442.000	-2.044	.041
	Secundaria	386.500	-.267	.790

Tabla 24

Contraste Mann Whitney entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el subtipo predominantemente inatento

Escala		U	Z	p
Agente Instrumental	Primaria	7421.500	-1.326	.185
	Secundaria	1458.000	-2.122	.034
Regulador Emocional	Primaria	8015.000	-.299	.765
	Secundaria	1897.500	-.379	.704

Tabla 25

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo hiperactivo impulsivo

Escala		U	Z	p
Agente Instrumental	Primaria	843.000	-.349	.727
	Secundaria	97.000	-1.493	.135
Regulador Emocional	Primaria	836.000	-.995	.320
	Secundaria	102.500	-1.390	.165

Tabla 26

Contraste Mann Whitney entre el subtipo predominantemente hiperactivo impulsivo y el subtipo predominantemente inatento

Escala		U	Z	p
Agente Instrumental	Primaria	186.500	-.473	.636
	Secundaria	20.000	-1.270	.204
Regulador Emocional	Primaria	229.000	-.022	.982
	Secundaria	21.000	-1.302	.193

2. Estudiar los estilos educativos

Hipótesis 2, apartado a.

Respecto a la segunda hipótesis, apartado a, *(Los padres de los niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) obtendrán mayores puntuaciones en disciplina severa, disciplina inconsistente y pobre supervisión; y menor puntuación en crianza positiva en comparación con los padres de los niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y del grupo control).*

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones relativas a la escala de *disciplina severa, disciplina inconsistente, pobre supervisión y crianza positiva*, donde observamos mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y el el Shapiro-Wilk (en los

casos de ser menores a 50 sujetos) que en el nivel de primaria el único grupo que se distribuye con normalidad es el subtipo hiperactivo impulsivo para las puntuaciones de disciplina severa e inconsistente ($p > 0.05$). En cambio, en el nivel de secundaria los únicos grupos que se distribuyen con normalidad son el subtipo predominantemente inatento y combinado en la puntuación de disciplina inconsistente, y el subtipo hiperactivo impulsivo en pobre supervisión y crianza positiva.

Debido a la presencia de datos discordantes y en algunos casos la no normalidad, el Anova podría no dar resultados confiables, por lo tanto, se realiza la prueba de Mann-Whitney. Nos lleva a concluir que a nivel de primaria existen diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el grupo control y el subtipo combinado en la escala disciplina inconsistente ($z = -2.921$; $p = 0.003$) (Tabla 27). Según el p-value ($p < 0.05$) el grupo control obtiene menor puntuación que los subtipos de TDAH (hiperactivo impulsivo y combinado). Además, encontramos diferencias entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el subtipo predominantemente inatento para la escala disciplina severa ($z = -2.464$; $p = 0.014$) observando en el p-value ($p < 0.05$) que el subtipo hiperactivo impulsivo alcanza una mayor puntuación que el subtipo predominantemente inatento (Tabla 28), y entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado en la escala pobre supervisión ($z = -1.999$, $p = 0.046$) indicando el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) que el subtipo combinado alcanza una mayor puntuación que el subtipo predominantemente inatento (Tabla 29). En el nivel de secundaria encontramos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el grupo control y el subtipo combinado para la escala disciplina inconsistente ($z = -2.210$; $p = 0.027$) y pobre supervisión ($z = -2.880$; $p = 0.004$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo combinado presenta mayor puntuación que el grupo control (Tabla 27).

Tabla 27

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo combinado

Escala		U	Z	p
Crianza Positiva	Primaria	8224.000	-.524	.600
	Secundaria	1920.500	-.943	.346
Disciplina Inconsistente	Primaria	6406.000	-2.921	.003
	Secundaria	1479.500	-2.210	.027
Pobre supervisión	Primaria	5126.000	-1.763	.078
	Secundaria	1362.000	-2.880	.004
Disciplina Severa	Primaria	7854.500	-1.099	.272
	Secundaria	1837.500	-1.044	.297

Tabla 28

Contraste Mann Whitney entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el subtipo predominantemente inatento

Escala		U	Z	p
Crianza Positiva	Primaria	233.000	-.151	.880
	Secundaria	30.000	-.667	.505
Disciplina Inconsistente	Primaria	207.000	-.101	.919
	Secundaria	18.500	-1.487	.137
Pobre supervisión	Primaria	170.000	-.055	.956
	Secundaria	36.000	.000	1.000
Disciplina Severa	Primaria	122.000	-2.464	.014
	Secundaria	33.500	-.083	.934

Tabla 29

Contraste Mann Whitney entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado

Escala		U	Z	p
Crianza Positiva	Primaria	1968.000	-.120	.904
	Secundaria	412.000	-.266	.790
Disciplina Inconsistente	Primaria	1649.500	-1.262	.207
	Secundaria	401.500	-.024	.981
Pobre Supervisión	Primaria	1035.000	-1.999	.046
	Secundaria	334.500	-.644	.520
Disciplina Severa	Primaria	1732.500	-1.260	.208
	Secundaria	342.000	-.456	.648

3. Valorar la influencia de la edad del niño en los problemas de conducta y agresividad

Hipótesis 3

Respecto a la tercera hipótesis, *(A mayor edad de los hijos se obtendrán mayores puntuaciones en problemas de conducta y agresividad en los casos de TDAH)*. Observamos en la correlación de Spearman una asociación significativa y positiva ($r_s = .907$; $p < .01$) entre la edad de los hijos y los problemas de conducta. Sin embargo, no encontramos una asociación significativa entre la edad de los hijos y los problemas de agresividad ($r_s = -.148$; $p < .01$) en el grupo TDAH (Tabla 30).

Tabla 30

Correlaciones entre la edad de los hijos y los problemas de conducta y agresividad

	Problemas de conducta	Agresividad
Edad de los hijos	.907(**)	-.148
Nota. $p^{**}<.01$		

4. Valorar la evolución de la sintomatología a los largo del desarrollo evolutivo

Hipótesis 4, apartado a.

En cuanto a la cuarta hipótesis, apartado a, *(En los niños con un diagnóstico temprano de TDAH (considerando que el diagnóstico temprano se realiza a los 6 años o inclusive antes) se contempla en comparación con niños que tienen un diagnóstico de TDAH más tardío (considerando que el diagnóstico tardío se realiza a los 12 años o más tarde), una mayor puntuación en la actualidad de los síntomas de hiperactividad, impulsividad, déficit de atención, problemas de conducta, agresividad, depresión y ansiedad).*

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones indicadas, donde observamos mediante el estadístico Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que las puntuaciones en las escalas de déficit de atención y problemas de conducta se distribuyen con normalidad ($p > 0.05$). En cambio, el resto de las puntuaciones no se distribuyen normalmente ($p < 0.05$).

En consecuencia a los resultados de la prueba de normalidad, se realiza la prueba T de Student en el caso de las escalas de déficit de atención y problemas de conducta. En la prueba de Levene no asumimos varianzas iguales para la escala de déficit de atención ($p < 0.05$), y en la escala de problemas de conducta asumimos varianzas iguales ($p > 0.05$).

Los resultados ponen de manifiesto que no hay diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% en la escala de déficit de atención en función de la edad del diagnóstico ($t= 0.084$; $p= 0.934$). En cambio, la prueba de muestras independientes para la escala de problemas de conducta ($t= -3,654$; $p= 0.000$) nos indica que existen diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% (Tabla 31)

En el resto de las escalas se ha llevado a cabo el contraste Mann Whitney y observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% en la escala de ansiedad ($z= -2.964$; $p= 0.003$) y depresión ($z= -2.658$; $p= 0.008$). Sin embargo, no encontramos diferencias significativas para la escala de agresividad ($z= -0.620$; $p= 0.535$) (Tabla 32).

Tabla 31

Prueba de muestras independientes entre los niños con un diagnóstico temprano y los que tienen un diagnóstico tardío

Escala			Media	DT	t	gl	p
Déficit de Atención	Menores o iguales a 6 años	21	11.95	1.12	0.084	22.23	0.934
	Mayores o iguales a 12 años	19	11.86	0.26			
Problemas de Conducta	Menores o iguales a 6 años	18	7.56	0.42	3,654	209	0.000
	Mayores o iguales a 12 años	19	9.49	0.16			

Tabla 32

Contraste Mann Whitney entre los niños con un diagnóstico temprano y los que tienen un diagnóstico tardío

Escala	U	Z	p
Agresividad	1948.500	-.620	.535
Ansiedad	187.000	-2.964	.003
Depresión	227.500	-2.658	.008

Hipótesis 4, apartado b.

En relación a la cuarta hipótesis, apartado b, *(Los niños diagnosticados de TDAH (todos los subtipos) desarrollan más síntomas de depresión, ansiedad, problemas de conducta y agresividad que los niños sin un diagnóstico de TDAH).*

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones indicadas, donde observamos mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y el el Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que en el nivel de primaria prácticamente la mayoría de las puntuaciones no se distribuyen normalmente ($p < 0.05$).

De acuerdo a los resultados de la prueba de normalidad, se ha llevado a cabo el contraste Mann Whitney y observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% en todos los grupos para el nivel de primaria. Entre el grupo control y el subtipo combinado para la escala de depresión ($z = -7.479$; $p = 0.000$), ansiedad ($z = -5.901$; $p = 0.000$), problemas de conducta ($z = 5.091$; $p = 0.000$) y agresividad ($z = -7.879$; $p = 0.000$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo combinado presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas (Tabla 33). Entre el grupo control y el subtipo déficit de atención encontramos diferencias significativas en la escala depresión ($z = -4.557$; $p = 0.000$), ansiedad ($z = -4.257$; $p = 0.000$), problemas de conducta

($z = -2.424$; $p = 0.015$) y agresividad ($z = -3.365$; $p = 0.001$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo predominantemente inatento presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas (Tabla 34). Finalmente, entre el grupo control y el subtipo hiperactivo impulsivo observamos exclusivamente diferencias en la escala de problemas de conducta ($z = -2.968$; $p = 0.003$) y agresividad ($z = -4.087$; $p = 0.000$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo hiperactivo impulsivo presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas (Tabla 35).

En el nivel de secundaria, observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el grupo control y el subtipo combinado, y entre el grupo control y el subtipo predominantemente inatento. No es posible hallar comparaciones entre el grupo control y el subtipo hiperactivo impulsivo por falta de casos. Las diferencias entre el grupo control y el subtipo combinado se han encontrado en la escala de depresión ($z = -5.459$; $p = 0.000$), ansiedad ($z = -4.142$; $p = 0.000$), problemas de conducta ($z = -5.073$; $p = 0.000$) y agresividad ($z = -5.162$; $p = 0.000$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo combinado presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas. (Tabla 36). Entre el grupo control y el subtipo déficit de atención encontramos diferencias significativas en la escala depresión ($z = -4.076$; $p = 0.000$), problemas de conducta ($z = -4.479$; $p = 0.000$) y agresividad ($z = -4.892$; $p = 0.000$), a excepción de la escala de ansiedad ($z = -1.635$; $p = 0.102$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo predominantemente inatento presenta mayor puntuación que el grupo control en todas las escalas (Tabla 37).

Tabla 33

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo combinado nivel de primaria

Escala	U	Z	p
Depresión	736.000	-7.479	.000
Ansiedad	1137.000	-5.901	.000
Problemas de Conducta	4735.500	-5.091	.000
Agresividad	3528.000	-7.879	.000

Tabla 34

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo predominantemente inatento nivel de primaria

Escala	U	Z	p
Depresión	1389.000	-4.557	.000
Ansiedad	1411.500	-4.257	.000
Problemas de Conducta	3809.500	-2.424	.015
Agresividad	3387.500	-3.365	.001

Tabla 35

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo hiperactivo impulsivo nivel de primaria

Escala	U	Z	p
Depresión	242.500	-.335	.738
Ansiedad	257.500	-.033	.973
Problemas de Conducta	395.500	-2.968	.003
Agresividad	255.000	-4.087	.000

Tabla 36

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo combinado nivel de secundaria

Escala	U	Z	p
Problemas de Conducta	657.500	-5.459	.000
Agresividad	1118.500	-4.142	.000
Ansiedad	196.500	-5.073	.000
Depresión	177.000	-5.162	.000

Tabla 37

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo predominantemente inatento nivel de secundaria

Escala	U	Z	p
Problemas de Conducta	862.500	-4.076	.000
Agresividad	1420.500	-1.653	.102
Ansiedad	313.500	-4.479	.000
Depresión	330.000	-4.892	.000

Hipótesis 4, apartado c.

Respecto a la cuarta hipótesis, apartado c, *(Los niños diagnósticos del subtipo predominantemente inatento desarrollan más síntomas de depresión y ansiedad que los niños diagnosticados del subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado).*

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones indicadas, donde observamos mediante el estadístico Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que las puntuaciones en la escala de depresión se distribuyen con normalidad ($p > 0.05$). En cambio, en las puntuaciones de la escala de ansiedad no se distribuyen normalmente ($p < 0.05$) en el

nivel de primaria. En consecuencia a los resultados de la prueba de normalidad, se realiza la prueba T de Student en el caso de la escala de depresión. En la prueba de Levene asumimos varianzas iguales ($p > 0.05$). Los resultados ponen de manifiesto que no hay diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% en la escala de depresión entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el subtipo predominantemente inatento ($t = -1.391$; $p = 0.172$) (Tabla 38). Sin embargo, encontramos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% en la escala de depresión entre el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento ($t = -3.09$; $p = 0.003$). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo combinado presenta mayor puntuación que el subtipo predominantemente inatento (Tabla 39).

En la escala de ansiedad, se ha llevado a cabo el contraste Mann Whitney y no observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo hiperactivo impulsivo ($z = -1.546$; $p = 0.122$) (Tabla 40), ni tampoco entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado ($z = -1.376$; $p = 0.169$) (Tabla 40).

Para el nivel de secundaria, se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones indicadas, donde observamos mediante el estadístico Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que las puntuaciones en la escala de depresión y ansiedad no se distribuyen con normalidad ($p < 0.05$), a excepción de la escala de depresión en el subtipo combinado ($p < 0.05$). Por ello, se ha llevado a cabo el contraste Mann Whitney y no observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el subtipo predominantemente inatento y combinado para la escala de depresión ($z = -0.054$; $p = 0.957$), ni ansiedad ($z = -0.198$; $p = 0.843$) (Tabla 41).

Tabla 38

Prueba de muestras independientes entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el subtipo predominantemente inatento

Escala		Media	DT	t	gl	p
Depresión	Subtipo Hiperactividad impulsividad	5.50	1.29	-1.391	41	0.172
	Subtipo inatento	6.92	1.99			

Tabla 39

Prueba de muestras independientes entre el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento

Escala		Media	DT	t	gl	p
Depresión	Subtipo combinado	8.42	2.35	-3.09	80	0.003
	Subtipo inatento	6.92	1.99			

Tabla 40

Contraste Mann Whitney entre el predominantemente inatento y el hiperactivo impulsivo

	U	Z	p
Ansiedad	41.500	-1.546	.122

Tabla 41

Contraste Mann Whitney entre el predominantemente inatento y el combinado

Escala	U	Z	p
Ansiedad	691.500	-1.376	.169

Tabla 42

Contraste Mann Whitney entre el predominantemente inatento y el combinado en el nivel de secundaria

Escala	U	Z	p
Ansiedad	197.500	-.054	.957
Depresión	199.500	-.198	.843

Hipótesis 4, apartado d.

En cuanto a la cuarta hipótesis, apartado d, *(Los niños diagnosticados del subtipo hiperactivo-impulsivo o combinado desarrollan más síntomas de problemas de conducta y agresividad que los niños diagnosticados del subtipo predominantemente inatento).*

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones indicadas, donde observamos mediante el estadístico Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que las puntuaciones en la escala de problemas de conducta y agresividad no se distribuyen con normalidad ($p < 0.05$) en el nivel de primaria y secundaria.

Por tanto, en ambas escalas en el nivel de primaria se ha llevado a cabo el contraste Mann Whitney y observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% en la

escala de agresividad tanto entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el predominantemente inatento ($z = -2.443$; $p = 0.015$) (Tabla 43), como entre el subtipo combinado y el predominantemente inatento ($z = -3.030$; $p = 0.002$) (Tabla 44). Según el valor de probabilidad unilateral ($p < 0.05$) el subtipo hiperactivo impulsivo y combinado presentan mayor puntuación que el subtipo predominantemente inatento.

En el nivel de secundaria, no observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el predominantemente inatento para la escala de problemas de conducta ($z = -1.809$; $p = 0.071$) y agresividad ($z = -2.443$; $p = 0.015$) (Tabla 45), como tampoco entre el subtipo combinado y el predominantemente inatento para la escala de problemas de conducta ($z = -1.074$; $p = 0.283$) y la escala de agresividad ($z = -1.588$; $p = 0.112$) (Tabla 46).

Tabla 43

Contraste Mann Whitney entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el predominantemente inatento

Escala	U	Z	p
Problemas de Conducta	135.000	-1.809	.071
Depresión	120.000	-2.443	.015

Tabla 44

Contraste Mann Whitney entre el subtipo combinado y el predominantemente inatento

Escala	U	Z	p
Problemas de Conducta	1497.500	-1.706	.088
Agresividad	1312.500	-3.030	.002

Tabla 45

Contraste Mann Whitney entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el predominantemente inatento nivel de secundaria

Escala	U	Z	p
Problemas de Conducta	39.500	-.070	.944
Agresividad	23.000	-1.225	.221

Tabla 46

Contraste Mann Whitney entre el subtipo combinado y el predominantemente inatento nivel de secundaria

Escala	U	Z	p
Problemas de Conducta	327.000	-1.074	.283
Agresividad	328.500	-1.588	.112

7.4.2. Teniendo en cuenta la información proporcionada por los adolescentes

5. Estudiar las representaciones vinculares

Hipótesis 5

En relación a la quinta hipótesis, apartado b, *(El grupo de adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) mostrarán menores puntuaciones en la subescala de confianza y en la subescala comunicación, y mayor puntuación en la subescala de alienación en comparación con el grupo de adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control).*

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones indicadas, donde observamos mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que las puntuaciones en el grupo control no se distribuyen con normalidad ($p < 0.05$) en las escalas comunicación y confianza, en cambio las puntuaciones en la escala de alienación se distribuyen con normalidad ($p > 0.05$). En el subtipo predominantemente inatento, encontramos que las puntuaciones de las escalas se distribuyen con normalidad ($p > 0.05$), a excepción de la escala de comunicación. Para finalizar, en el subtipo combinado todas las puntuaciones se distribuyen con normalidad ($p > 0.05$). En el caso del subtipo hiperactivo impulsivo se ha eliminado porque no existen datos suficientes para realizar los análisis.

De acuerdo a los resultados de la prueba de normalidad, se ha llevado a cabo el contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo combinado para las escalas de confianza y comunicación, y entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado para la escala de comunicación. No observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el grupo control y el subtipo combinado para las escalas de confianza ($z = -0.434$; $p = 0.664$) y comunicación ($z = -0.209$; $p = 0.834$) (Tabla 47). Tampoco encontramos diferencias entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado para la escala de comunicación ($z = -0.268$; $p = 0.789$) (Tabla 48).

En cuanto al grupo control y el subtipo combinado para la escala de alienación se realiza la prueba T de Student. En la prueba de Levene asumimos varianzas iguales ($p > 0.05$). Los resultados ponen de manifiesto que no hay diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% para la escala de alienación ($t = 0.645$; $p = 0.521$) (Tabla 49). Y en el caso del subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado para las escalas de confianza y alienación se asumen varianzas iguales ($p > 0.05$). Los resultados nos indican que no hay

diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% para la escala de confianza ($t = -0.794$; $p = 0.433$) y alienación ($t = 1.931$; $p = 0.62$) (Tabla 50).

Tabla 47

Contraste Mann Whitney entre el grupo control y el subtipo combinado

Escala	U	Z	p
Confianza	536.000	-.434	.664
Comunicación	565.000	-.209	.834

Tabla 48

Contraste Mann Whitney entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado

Escala	U	Z	p
Comunicación	142.000	-.268	.789

Tabla 49

Prueba de muestras independientes entre el grupo control y el subtipo combinado

Escala		Media	DT	t	gl	p
Alienación	Grupo control	11.86	3.89	.645	93	.521
	Subtipo combinado	11.19	3.35			

Tabla 50

Prueba de muestras independientes entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado

Escala		Media	DT	t	gl	p
Confianza	Subtipo inatento	40.83	7.63	-.794	32	.433
	Subtipo combinado	42.63	5.11			
Alienación	Subtipo inatento	13.95	4.91	1.931	35	.62
	Subtipo combinado	11.19	3.35			

6. Estudiar los estilos educativos

Hipótesis 6

Respecto a la sexta hipótesis, *(Los adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) obtendrán mayores puntuaciones en disciplina severa, disciplina inconsistente y pobre supervisión; y menor puntuación en crianza positiva en comparación con los adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y del grupo control).*

Se realizó la prueba de normalidad de las puntuaciones indicadas, donde observamos mediante el estadístico de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk (en los casos de ser menores a 50 sujetos) que las puntuaciones en grupo control no se distribuyen con normalidad ($p < 0.05$), en cambio las puntuaciones en los subtipos combinado y déficit de atención se distribuyen con normalidad en las escalas de crianza positiva y disciplina inconsistente ($p > 0.05$) y en cambio, encontramos que no se distribuyen con normalidad en las escalas de

pobre supervisión y disciplina severa. En el caso del subtipo hiperactivo impulsivo se ha eliminado porque no existen datos suficientes para realizar los análisis.

Por tanto, se ha llevado a cabo el contraste Mann Whitney entre el subtipo combinado y el grupo control para todas las escalas, y no observamos diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% para la escala de crianza positiva ($z = -0.101$; $p = 0.920$), disciplina inconsistente ($z = -0.908$; $p = 0.364$), pobre supervisión ($z = -0.474$; $p = 0.636$) y disciplina severa ($z = -1.056$; $p = 0.291$). (Tabla 51). Así como entre el subtipo combinado y el predominantemente inatento no encontramos diferencias en las escalas pobre supervisión ($z = -1.521$; $p = 0.128$) y disciplina severa ($z = -0.620$; $p = 0.535$) (Tabla 52).

En cuanto al subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento se realiza la prueba T de Student. En la prueba de Levene asumimos varianzas iguales ($p > 0.05$). Los resultados ponen de manifiesto que no hay diferencias significativas a un nivel de confianza del 95% entre el subtipo hiperactivo combinado y el subtipo predominantemente inatento en la escala de crianza positiva ($t = 0.185$; $p = 0.854$) (Tabla 53) y disciplina inconsistente ($t = -0.304$; $p = 0.763$) (Tabla 54).

Tabla 51

Contraste Mann Whitney entre el subtipo combinado y el predominantemente inatento

Escala	U	Z	p
Crianza Positiva	614.000	-.101	.920
Disciplina Inconsistente	555.000	-.908	.364
Pobre supervisión	607.000	-.474	.636
Disciplina Severa	554.500	-1.056	.291

Tabla 52

Contraste Mann Whitney entre el subtipo combinado y el predominantemente inatento

Escala	U	Z	p
Pobre supervisión	112.500	-1.521	.128
Disciplina Severa	141.000	-.620	.535

Tabla 53

Prueba de muestras independientes entre el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento en crianza positiva

Escala		Media	DT	t	gl	p
Crianza Positiva	Subtipo combinado	21.50	6.41	0.185	35	0.854
	Subtipo inatento	21.86	5.33			

Tabla 54

Prueba de muestras independientes entre el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento en disciplina inconsistente

Escala		Media	DT	t	gl	p
Disciplina inconsistente	Subtipo combinado	13.50	4.23	-0.304	34	0.763
	Subtipo inatento	13.05	4.55			

7.4.3. Teniendo en cuenta la información proporcionada tanto por los padres como los adolescentes

7. Valorar la relación existente entre el nivel educativo de los padres y la disciplina que ejercen

Hipótesis 7

En cuanto a la séptima hipótesis, (*A mayor nivel educativo de las madres se obtendrán menores puntuaciones en disciplina inconsistente en el grupo TDAH y control*). Observamos en la correlación de Spearman una asociación significativa y negativa ($r_s = -1.00$; $p < .01$) entre el nivel educativo de las madres y la presencia de puntuaciones en disciplina inconsistente en el grupo TDAH, por lo tanto, a mayor nivel educativo de las madres del grupo TDAH habrá menor puntuación en la escala de problemas de disciplina inconsistente. En cambio, no observamos una asociación significativa entre el nivel educativo de las madres del grupo control y la presencia de puntuaciones en disciplina inconsistente ($r_s = .60$; $p > .05$) (Tabla 55).

Tabla 55

Correlaciones entre el nivel educativo de las madres y la puntuación en disciplina inconsistente

	Disciplina inconsistente
Nivel educativo de la madre. Grupo TDAH	-1.00(**)
Nivel educativo de la madre. Grupo control	.60

Nota. $p^{**} < .01$

8. Valorar la influencia de la edad del niño en las dificultades de su crianza

Hipótesis 8

En relación a la octava hipótesis, (*A mayor edad de los hijos se obtendrán menores puntuaciones en crianza positiva en el grupo TDAH*). No constatamos en la correlación de Spearman una asociación significativa ($r_s = -.68$; $p > .05$) entre la edad de los hijos y la presencia de puntuaciones en crianza positiva en el grupo TDAH (Tabla 51).

Tabla 56

Correlaciones entre la edad de los hijos y la puntuación en crianza positiva

	Crianza positiva
Edad de los hijos. Grupo TDAH	-.68
Edad de los hijos. Grupo control	-.59

Nota. $p^{**} < .01$

7.5. Análisis de la Regresión Lineal Múltiple

Se ha llevado a cabo una regresión lineal múltiple para conocer el efecto conjunto que ejercen todos los factores indicados a continuación, sobre las variables dependientes hiperactividad e inatención. Las variables independientes consideradas han sido los factores de los estilos educativos y del vínculo parento-filial; incluyendo a su vez, las variables del nivel máximo de escolaridad alcanzado por el padre y la madre, el número de hermanos, la estructura familiar y la edad del hijo.

Se ha aplicado en cada caso un análisis de regresión lineal múltiple con el método hacia atrás para las variables dependientes hiperactividad e inatención. Así como hemos realizado otra regresión uniendo las variables hiperactividad e impulsividad. Y por tanto, hemos obtenido un modelo de regresión múltiple para cada una de las variables dependientes, compuesto por una combinación de las variables independientes o factores predictores.

En el caso de la variable hiperactividad, teniendo en cuenta todas las variables independientes indicadas anteriormente, obtenemos un r^2 de 0.176. Podemos indicar que el modelo no explica lo suficiente a la variable hiperactividad, es decir, lo explica a un 17.6%. Por tanto, se han eliminado las variables que no han mostrado significatividad en los coeficientes de la regresión, aumentando el r^2 a 0.319, lo que indica que el modelo de regresión hallado explica mejor la variabilidad de la escala de hiperactividad. Concluimos que el modelo se estructura de este modo:

Total puntuación en la escala de hiperactividad= $10.483 - 0.349$ (nivel máximo de escolaridad alcanzado por el padre) $- 0.12$ (total puntuación en la escala de exploración) $+ 0.508$ (puntuación de apego inseguro desorganizado) (Tabla 57).

Centrándonos en la variable inatención, realizando la regresión con todas las variables independientes indicadas con anterioridad, obtenemos un r^2 de 0.101. El modelo no explica lo suficiente a la variable inatención, es decir, lo explica a un 10.1%. Por ello, se han eliminado las variables que no han mostrado significatividad en los coeficientes de la regresión, incrementando el r^2 a 0.118, lo que indica que el modelo de regresión obtenido explica de forma similar, al modelo inicial, la variabilidad de la escala de inatención. El modelo que resulta es el siguiente:

Total puntuación en la escala de inatención= $6.035 + 0.347$ (edad del hijo) $+ 0.425$ (total puntuación en la escala de disciplina inconsistente) (Tabla 58).

Finalmente, uniendo las variables dependientes hiperactividad e inatención y manteniendo todas las variables independientes indicadas con anterioridad, obtenemos un R^2 de 0.140. El modelo no explica lo suficiente a las variables hiperactividad e inatención, es decir, lo explica a un 14%. Del mismo modo que en los casos anteriores, se han eliminado las variables que no han mostrado significatividad en los coeficientes de la regresión, incrementando el R^2 a 0.148, lo que indica que el modelo de regresión obtenido explica de forma similar, al modelo inicial, la variabilidad de la escala de hiperactividad e inatención. El modelo final se detalla a continuación:

Total puntuación en la escala de hiperactividad e inatención= $14.334 + 0.452$ (edad del hijo) – 0.65 (nivel máximo de escolaridad alcanzado por el padre) + 0.596 (total puntuación en la escala de disciplina inconsistente) (Tabla 59).

Tabla 57

Modelo de regresión múltiple para la variable dependiente hiperactividad

Modelo	Coef. No estand.		Coef estand.	t	Sig.
	B	ET	Beta		
(Constante)	10.483	1.008		10.402	.000
Nivel escolaridad padre	-.349	.079	-.205	-4.433	.000
Escala de exploración	-.120	.038	-1.56	-3.198	.002
Apego desorganizado	.508	.059	.420	8.623	.000

Tabla 58

Modelo de regresión múltiple para la variable dependiente inatención

Modelo	Coef.		Coef estand.	t	Sig.
	No estand.				
	B	ET	Beta		
(Constante)	6.035	1.505		4.010	.000
Edad del hijo	.347	.156	.116	2.223	.027
Disciplina inconsistente	.425	.072	.310	5.934	.000

Tabla 59

Modelo de regresión múltiple para la variable dependiente hiperactividad e inatención

Modelo	Coef.		Coef	t	Sig.
	No estand.		estand.		
	B	ET	Beta		
(Constante)	14.334	2.414		5.939	.000
Edad del hijo	.452	.224	.106	2.017	.045
Nivel de escolaridad padre	-.650	.211	-.162	-3.087	.002
Disciplina inconsistente	.596	.102	.305	5.830	.000.

8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo principal del presente estudio es la comparación de las representaciones vinculares y determinadas variables de los estilos educativos entre la información proporcionada por los padres de niños y adolescentes de 6 a 16 años y los propios adolescentes que tienen un diagnóstico positivo de TDAH, y las familias y los propios adolescentes que no padecen el trastorno (grupo control). Así como constatar si los niños y adolescentes con TDAH tienen mayores problemas externalizantes (problemas de conducta y agresividad) e internalizantes (ansiedad y depresión) en comparación con los niños y adolescentes que no cursan con sintomatología de TDAH. A su vez, analizamos si influyen en los resultados de algunas de las variables indicadas, la edad de los niños, el nivel sociocultural, la edad en la que se realiza el diagnóstico de TDAH y el subtipo del que son diagnosticados. Para ello, diseñamos un estudio descriptivo transversal de caso control. La muestra de TDAH estaba compuesta por 204 padres y 63 adolescentes, y el grupo control de 342 padres y 133 adolescentes. Las muestras de ambos grupos no difieren significativamente en edad ni nivel sociocultural.

En este apartado vamos a realizar una exposición de los principales resultados obtenidos en función de los análisis realizados en el estudio.

En primer lugar, mediante los análisis estructurales confirmaremos la adecuación de los instrumentos utilizados. Posteriormente, expondremos la aceptación o rechazo de las hipótesis de trabajo. Finalmente, resaltaremos las principales conclusiones obtenidas del trabajo realizado, analizaremos las limitaciones del estudio y propondremos futuras líneas de investigación.

8.1. Análisis estructurales

A continuación exponemos la información referente a la confiabilidad y validez de los instrumentos de medida utilizados en el presente estudio.

Behavior Assessment System for children. (BASC; Reynold y Kamphaus, 1992).

Versión Española

El análisis estructural realizado del BASC con las escalas contestadas por los padres mostró índices de fiabilidad que varían de satisfactoria a altos para las escalas del nivel de primaria y secundaria. Por lo tanto, podemos señalar que las escalas del BASC contestadas por los padres son fiables. Sin embargo, la consistencia interna de las escalas contestadas por los adolescentes mostró valores negativos y bajos, posiblemente a causa de una inadecuada percepción realizada de los adolescentes sobre el contenido de los ítems que componen cada una de las escalas. Debido a los resultados se decidió eliminar estas escalas de nuestro estudio. Asimismo, nuestros datos del análisis factorial confirmatorio mostraron la validación del constructo de las escalas contestadas por los padres, a excepción de la escala de hiperactividad del nivel de secundaria. Por tanto, hemos eliminado dicha escala de nuestro estudio debido a que no cumple los criterios de adecuación para aceptar la validación del constructo.

Cuestionario de Vinculación Parento-Filial (Martinez, 2008)

El análisis estructural llevado a cabo con el cuestionario de Vinculación Parento-Filial mostró en la dimensión de apego un índice de fiabilidad bajo. Sin embargo, podemos considerarla en nuestro estudio porque al analizar por separado las escalas que la componen (exploración y reencuentro) se observaron valores aceptables. Respecto a la dimensión de sistema de cuidados, presentó una consistencia interna aceptable, pero las escalas que la

forman demostraron una baja consistencia interna. A pesar de los valores bajos en cada una de las escalas, mantenemos las escalas del sistema de cuidados porque el valor total de la dimensión es aceptable. Los valores hallados nos indican que el cuestionario presenta algunas deficiencias en cuanto a su consistencia interna que deberán ser mejoradas en futuras investigaciones. Además, los resultados del análisis factorial confirmatorio nos permitieron aceptar la validación del constructo de las escalas contestadas por los padres en el nivel de primaria, eliminando la escala de objeto corporal y apego seguro. Y en el nivel de secundaria, eliminando la escala de objeto corporal y reencuentro.

Alabama Parenting Questionnaire (APQ; Frick, 1991 citado en Shelton et al., 1996)

El análisis estructural del APQ con las escalas contestadas por los padres reveló para las escalas positivas índices de fiabilidad moderados. En cuanto a las escalas negativas, los coeficientes de consistencia interna fueron aceptables, aunque debemos señalar que la escala pobre supervisión y disciplina severa obtuvieron valores moderadamente inferiores al resto. Con nuestros datos podemos apuntar que las escalas del APQ contestadas por los padres son fiables para medir los estilos educativos. En el caso de los resultados de la fiabilidad en las escalas contestadas por los adolescentes, los coeficientes para las escalas positivas resultaron satisfactorios, a excepción de la escala de disciplina apropiada, donde se obtuvo una puntuación moderadamente inferior al resto. En cambio, para todas las escalas negativas los resultados arrojaron valores moderados. Del mismo modo que en el caso de las escalas contestadas por los padres, las escalas contestadas por los adolescentes son fiables para medir los estilos educativos. Igualmente, los datos del análisis factorial confirmatorio nos hicieron aceptar la validación del constructo tanto en el caso de las escalas contestadas por los padres como por los adolescentes.

The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA; Armsden y Greenberg, 1987)

El análisis estructural realizado sobre el IPPA mostró para la escala de confianza y comunicación un índice de fiabilidad alto y para la escala de alienación un índice aceptable. Los valores obtenidos nos indican que el cuestionario es fiable para medir aspectos cognitivo-afectivos del apego hacia los padres. Además, los resultados obtenidos del análisis factorial confirmatorio nos mostraron la validación del constructo.

Aceptada la adecuación de los instrumentos utilizados en nuestro estudio, centraremos la discusión sobre las hipótesis de trabajo.

8.2. Hipótesis de trabajo

8.2.1. Teniendo en cuenta la información proporcionada por los padres

Teniendo en cuenta la información proporcionada por los padres vamos a exponer los resultados hallados en nuestra investigación comparándolos con los datos reseñados en otras investigaciones.

Respecto a la primera hipótesis, apartado a, *(El grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) mostrarán que sus hijos tienen mayores niveles de representaciones vinculares inseguras (de tipo ambivalente o desorganizado) en comparación con el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control).* Concluimos que a nivel de primaria el grupo control y el subtipo inatento presentan una menor puntuación que el subtipo combinado en apego ambivalente y desorganizado. Nuestros resultados concuerdan con estudios anteriores que concluyeron mayores niveles de apego inseguro de tipo ambivalente o desorganizado en población TDAH que lo hallado en

población no clínica (Clarke et al., 2002; Green et al., 2007; Finzi, et al., 2006; Stiefel, 1997). Así como con la investigación de Finzi et al., (2006) que han identificado la existencia de diferencias en función del subtipo del que son diagnosticados, los niños diagnosticados del tipo hiperactivo impulsivo o combinado obtenían mayores puntuaciones que los niños diagnosticados del tipo predominantemente inatento en vínculo ambivalente (Finzi et al., 2006). En cambio, no hemos podido constatar las diferencias en las puntuaciones en apego ambivalente y desorganizado entre el grupo control y el subtipo hiperactivo-impulsivo, y tampoco entre el subtipo hiperactivo-impulsivo y el subtipo predominantemente inatento.

En la literatura se han reflejado diversas implicaciones a nivel escolar y social tanto en el caso del patrón ambivalente como el desorganizado. En el patrón ambivalente se observa un rendimiento del aprendizaje pobre y con bajos niveles de concentración. Y encuentran dificultades para ser aceptados por el grupo de iguales. Además, en el periodo de la adolescencia van a continuar las dificultades en las relaciones, e incluso pueden aparecer conductas agresivas a causa de su dificultad para controlarse. En el patrón desorganizado, tienen grandes dificultades para respetar las normas del aula y concentrarse en la tarea. Y suele asociarse a psicopatología (Dantagnan, 2005; Siegel, 2007).

La información reseñada anteriormente nos indica que en el TDAH el vínculo de apego se encuentra dañado, y esta situación conlleva dificultades en las interacciones que podría agravar la sintomatología e interferir en el tratamiento (García y Ibañez, 2007). De ahí la necesidad de evaluar el vínculo de apego en los casos que cursan con sintomatología de inatención, hiperactividad e impulsividad para poder acometer de forma prioritaria la intervención en la mejora del vínculo en aquellos casos que se requiera.

En cuanto a la primera hipótesis, apartado b, *(El grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) mostrarán mayores puntuaciones en la escala de agente instrumental (menor disponibilidad y accesibilidad) y en la escala regulador emocional (menor sensibilidad y disponibilidad) en comparación con el grupo de padres de niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control)*. Comprobamos la existencia de diferencias en la puntuación de la escala de agente instrumental exclusivamente entre el grupo control y el subtipo combinado en el nivel de secundaria. El subtipo combinado obtiene mayor puntuación que el grupo control, lo que significa que los padres del grupo control tienen una mayor capacidad para proveer una base segura a sus hijos. De acuerdo con nuestros resultados, la literatura sobre este tema concluye que las interacciones de los padres con sus hijos TDAH se caracterizan por ser poco responsivos y accesibles a las necesidades del niño (Clarke, et al., 2002; Green et al., 2007).

A su vez, hallamos diferencias entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado en la puntuación de la escala de regulador emocional en el nivel de primaria. El subtipo combinado alcanza una mayor puntuación que el subtipo predominantemente inatento, es decir, los padres de los niños diagnosticados del subtipo combinado tienen una menor capacidad para regular la ansiedad de sus hijos en comparación con los padres del subtipo predominantemente inatento. Una posible justificación para las diferencias encontradas es el mayor nivel de tensión que se ha detectado en el clima familiar de los casos del subtipo combinado frente a los casos del subtipo inatento (Tzang et al., 2009), que pueden dificultar la capacidad de regulación emocional (Siegel, 2007).

Los datos señalados en lo que se refiere a los resultados de la escala de agente instrumental prueban que en los casos de TDAH existe una menor disponibilidad y accesibilidad de la figura parental. La disponibilidad es entendida no solamente como la

posibilidad de acceder a la figura principal de apego, además se requiere encontrar receptividad emocional (Wallin, 2012). Es decir, los padres disponen de una baja capacidad para proveer una base segura. Y en cuanto a los resultados de la escala de regulador emocional, demuestran que en los casos de TDAH concurre una menor capacidad de la figura parental para regular la ansiedad de sus hijos mediante la sensibilidad y disponibilidad. La sensibilidad del cuidador hacia su hijo contribuye a que se produzca una sintonización entre ambos que produce un alineamiento de los estados mentales, en los casos en los que no son contingentes dichas interacciones caracterizadas por la sensibilidad del cuidador se observa que los apegos se organizan inseguros y repercuten en el córtex orbitrofrontal influyendo en la capacidad de autocontrol del niño (Siegel, 2007). Además, se ha observado que los niveles más bajos de sensibilidad parental predicen niveles más altos de inatención y comportamientos externalizantes (Keown, 2012). En cambio, cuando se encuentran comportamientos de crianza sensibles se constata un fomento de la autorregulación en los hijos, e inclusive puede llegar a atenuarse la sintomatología de TDAH (Johson y Mash, 2001).

Por lo tanto, en los casos en los que se observan bajos niveles de sensibilidad y disponibilidad parental se requiere intervenir en la sensibilidad y en la función reflexiva de los cuidadores, enseñándoles habilidades observacionales para conseguir que logren ser mejores receptores de las señales de sus hijos e intentando modelar las conductas de los padres reforzando las que son sensibles y responsivas hacia sus hijos. Porque aunque la sensibilidad se ha identificado como una variable central para el desarrollo de un apego seguro (Gómez et al., 2008), otros autores también consideran relevante poner el énfasis en la reflexión de las conductas que llevan a cabo los cuidadores (Besoain y Santelices, 2009; Hoffman et al., 2006).

Por todo lo expuesto a raíz de los datos obtenidos, insistimos en la necesidad de evaluar e intervenir en estos aspectos lo antes posible, puesto que se ha observado que los niños con TDAH que a su vez cuentan con un apego seguro consiguen un mejor desarrollo a nivel cognitivo y afectivo. Concretamente, se especifican mejores resultados en la regulación y expresión de los afectos, así como una mayor capacidad de simbolización y elaboración cognitiva de las situaciones (García y Ibáñez, 2007).

Respecto a la segunda hipótesis, *(Los padres de los niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) obtendrán mayores puntuaciones en disciplina severa, disciplina inconsistente y pobre supervisión; y menor puntuación en crianza positiva en comparación con los padres de los niños diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y del grupo control)*. Comprobamos que existen diferencias en las puntuaciones entre el grupo control y los subtipos hiperactivo impulsivo y combinado. Concretamente, el subtipo hiperactivo impulsivo obtiene una mayor puntuación frente al grupo control en la escala disciplina severa para el nivel de primaria, y el subtipo combinado alcanza mayores puntuaciones que el grupo control en la escala disciplina inconsistente para el nivel de primaria y secundaria, y una mayor puntuación en la escala pobre supervisión en el nivel de secundaria. A su vez, encontramos diferencias entre el subtipo predominantemente inatento y los subtipos hiperactivo impulsivo y combinado. El subtipo combinado obtiene mayores puntuaciones que el subtipo predominantemente inatento en la escala de pobre supervisión, y el subtipo hiperactivo impulsivo tiene una mayor puntuación que el subtipo predominantemente inatento en la escala de disciplina severa. Finalmente, destacar que no hemos encontrado diferencias en la escala de crianza positiva para ninguno de los grupos.

En cuanto a los resultados encontrados en nuestro estudio de mayor puntuación en la escala de disciplina severa por parte del grupo TDAH subtipo hiperactivo-impulsivo frente al

grupo control, estudios recientes también constatan que los padres de niños con TDAH presentan un estilo educativo más negligente que los padres de niños que no cursan con problemas (Goldstein et al., 2007; Raya et al., 2008), y hacen uso de prácticas más impositivas que los padres de niños que no están afectados del trastorno (Alizadeh y Andries, 2002; Lange et al., 2005; Miranda-Casas et al., 2007).

Debido a la percepción que tienen los padres de sus hijos respecto a su temperamento difícil (poco dóciles, irritables, alta reactividad emocional), añadido al estrés que soportan por las altas exigencias y responsabilidades que conlleva su crianza (Peters y Jackson, 2008; Vaquerizo-Madrid, 2005) y a la falta de apoyo social (Lange et al., 2005), se encuentran mayores niveles de tensión de crianza de los hijos (Solem et al., 2011). Y la tensión se ha relacionado con patrones de disciplina ineficaces que pueden dar lugar a un estilo educativo punitivo con interacciones padre-hijo caracterizadas por conductas coercitivas (Banks et al., 2008; Healey et al., 2011; Stormshak et al., 2000; Wolfon y Grant, 2006) o a un estilo educativo permisivo definido con altas puntuaciones en afecto y bajas puntuaciones en control (Keown y Woodward, 2002; Raya et al., 2008).

En relación a las diferencias halladas en los resultados entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el inatento en disciplina severa, Finzi et al., (2006) también hallaron mayores estilos de control en los padres con niños diagnosticados del subtipo predominantemente hiperactivo impulsivo que en padres con niños diagnosticados del subtipo predominantemente inatento.

Nuestros resultados respecto a la mayor puntuación en la escala de disciplina inconsistente por el subtipo combinado frente al grupo control son coincidentes con los hallados en estudios previos. En el estudio de Goldstein et al., (2007) obtuvieron en el grupo de TDAH mayores puntuaciones en incapacidad de hacer cumplir las normas y no

proporcionar las consecuencias adecuadas a las acciones de sus hijos. Probablemente, los padres con niños TDAH al percibir la relación con su hijo como significativamente más negativa (Gerdes et al., 2003), dicha percepción puede estar influyendo en el tipo de disciplina que utilizan con su hijo, es decir, puede estar ocasionando comportamientos de rechazo e inconsistencia en determinadas interacciones con su hijo.

Además, cabe destacar que eran esperables las diferencias encontradas en los resultados entre el subtipo combinado y el inatento, puesto que los padres de niños diagnosticados del subtipo combinado cursan con mayores niveles de tensión que los padres del subtipo inatento (Tzang et al., 2009). Esa mayor tensión puede ser explicada por la asociación encontrada respecto a una mayor gravedad de problemas del comportamiento y un sentido inferior de competencia parental que se encuentra relacionado con una menor eficacia en las prácticas de crianza (McLaughlin y Harrison, 2006).

Referente a los datos obtenidos de la variable pobre supervisión, avalamos una mayor puntuación del subtipo combinado frente al grupo control y el subtipo predominantemente inatento, era esperable encontrar diferencias debido a la menor eficacia en las prácticas de crianza identificada en los casos de TDAH, especialmente en los casos en los que existen mayores problemas del comportamiento (McLaughlin y Harrison, 2006).

Los datos concluidos respecto a la inexistencia de diferencias en la escala de crianza positiva no concuerdan con la investigación de Danforth et al., (1991) en la que señalan que los padres de niños TDAH tienden a un estilo de respuesta más negativa-reactiva, impositiva y controladora, usando menos estrategias de parentalidad positiva.

Debido a los resultados obtenidos en nuestro estudio y a que los estilos parentales se han considerado un elemento clave de la socialización familiar (Torio et al., 2008), señalándose que su influencia en las características psicológicas y/o patología es coadyuvante

en el inicio del trastorno y posteriormente influye en su evolución (Fornieles, 2005). Es pertinente señalar la necesidad de evaluar e intervenir en estos aspectos lo antes posible, puesto que las conductas coercitivas se han asociado con un mantenimiento y exacerbación de los síntomas conductuales del TDAH (Daley et al., 2009) y problemas externalizantes en los hijos (Campbell et al., 2000; Prinzie et al., 2004). Inclusive, en los casos que coexiste la disciplina férrea con razonamiento y afecto en la relación parento-filial, conlleva un ajuste del hijo más negativo que en los casos en los que las conductas inadecuadas se intentan solventar mediante el diálogo (Musitu y Garcia, 2004). En el caso del TDAH, por su temperamento difícil, la utilización del castigo corporal por parte de los padres es un notable factor de riesgo que contribuye al desarrollo de problemas de conducta (Mulvaney y Mebert, 2007). Además, otros autores han indentificado también que las conductas permisivas (falta del establecimiento de normas y mantenimiento de una actitud firme y coherente ante las transgresiones) contribuyen a un desarrollo inadecuado de la autorregulación de los impulsos y de la tolerancia a la frustración, dando lugar a reacciones incontroladas y agresivas que conllevan comportamientos desadaptados a nivel escolar y social (López y López, 2008). Sin embargo, un factor protector dentro de los estilos educativos es el estilo parental positivo cuando se produce frecuentemente (Healey et al., 2011). Por lo tanto, debemos trabajar con estas familias para conseguir un óptimo desarrollo promoviendo el apoyo afectivo y el fomento de la autonomía, unido a un adecuado control y supervisión de sus hijos (Oliva, 2009).

En cuanto a la tercera hipótesis, *(A mayor edad de los hijos se obtendrán mayores puntuaciones en problemas de conducta y agresividad en los casos del grupo TDAH)* comprobamos que existe una asociación significativa positiva entre la edad del niño y la puntuación en la escala de problemas de conducta. Sin embargo, no constatamos una correlación significativa entre la edad del niño y la puntuación en la escala de agresividad.

Por lo que podemos generar la hipótesis de que a mayor edad del niño se producirán mayores problemas de conducta en el grupo TDAH. Apoyándonos en la literatura existente sobre la situación de alta tensión de crianza y patrones de disciplina ineficaces del contexto familiar con un niño diagnosticado de TDAH, era esperable corroborar nuestra hipótesis. Debido a que los padres con hijos TDAH responden a menos interacciones iniciadas por el niño, se caracterizan por un estilo de respuesta más negativa-reactiva, impositiva, controlada y con menos estrategias de parentalidad positiva (Danforth et al, 1991; Goldstein et al., 2007; Raya et al., 2008); unido a los datos de estudios que han hallado que los estilos educativos negativos (autoritario, coercitivo, punitivo), junto a un control inconsistente y una baja supervisión parental afectan negativamente al comportamiento del hijo (Justicia et al., 2006). Al mismo tiempo que Seipp y Johnson (2005) señalan que los niveles de afecto significativamente menores de los padres con hijos TDAH, entendido como la capacidad de los padres para implicarse y responder a las demandas y necesidades de sus hijos, se ha visto relacionado con un peor pronóstico de la sintomatología de TDAH (Pfiffner y Macburnett, 2005).

En relación a la cuarta hipótesis, apartado a, *(En los niños con un diagnóstico temprano de TDAH (considerando que el diagnóstico temprano se realiza a los 6 años o inclusive antes) se contempla en comparación con niños que tienen un diagnóstico de TDAH más tardío (considerando que el diagnóstico tardío se realiza a los 12 años o más tarde), una mayor puntuación en la actualidad de los síntomas de hiperactividad, impulsividad, déficit de atención, problemas de conducta, agresividad, depresión y ansiedad)*. Nuestros datos nos indican que los casos que han sido diagnosticados de forma tardía (considerando que el diagnóstico tardío se realiza a los 12 o más tarde) presentan en la actualidad mayores puntuaciones en la escala de problemas de conducta, ansiedad y depresión en comparación con los casos con un diagnóstico temprano (considerando que el diagnóstico temprano se

realiza a los 6 años o inclusive antes. Por ello, no podemos avalar esta hipótesis, sonstenida por otros estudios que han hallado la presencia de tasas mayores de comorbilidad en los casos en los que el inicio del trastorno es precoz (Carricajo, et al., 2009; San Sebastian et al., 2010; Sushevskia et al., 2011). Consideramos que es probable que los resultados hallados se deban a que es necesario contemplar otros factores que unidos al inicio precoz del trastorno aumentan la probabilidad de que aparezca comorbilidad. Estos tienen que ver con el paciente (adolescente, edad avanzada del diagnóstico, bajo cociente intelectual, escaso nivel cultural y educativo, trastornos específicos del aprendizaje como trastorno en la lecto-escritura y matemáticas), con el TDAH (subtipo combinado, inicio precoz, grave, de larga evolución, con agresividad) y con la presencia de antecedentes familiares (TDAH, Trastorno Bipolar y depresión). (Carricajo, et al., 2009; San Sebastian et al., 2010; Sushevskia et al., 2011).

Respecto a la cuarta hipótesis, apartado b, *(Los niños diagnosticados de TDAH (todos los subtipos) desarrollan más síntomas de depresión, ansiedad, problemas de conducta y agresividad que los niños sin un diagnóstico de TDAH)*. Nuestros resultados respecto a la existencia de mayores síntomas de problemas de conducta y agresividad en los tres subtipos del trastorno frente al grupo control, y mayores síntomas de depresión y ansiedad en los subtipos combinado y déficit de atención frente al grupo control en primaria. Y en secundaria, mayores síntomas en todos los subtipos frente al grupos control, a excepción de la puntuación en ansiedad entre el subtipo inatento y el grupo control que no se han encontrado diferencias. Son coincidentes con lo hallado en investigaciones previas; como es el caso de Diaz (2006), señala que actualmente el TDAH “puro” es algo muy infrecuente, estimándose la comorbilidad en más del 60% de los casos. Otros autores han identificado que la comorbilidad es más frecuente en el TDAH tipo combinado e hiperactivo impulsivo que en el inatento (Soutullo y Diez, 2007; Ulloa et al., 2006; Valdizán et al., 2007) y los pacientes

diagnosticados del subtipo hiperactivo-impulsivo y combinado presentan mayor severidad de los trastornos tanto internalizados como externalizados (Ulloa et al., 2006).

Referente a la cuarta hipótesis, apartado c, *(Los niños diagnósticos del subtipo predominantemente inatento desarrollan más síntomas de depresión y ansiedad que los niños diagnosticados del subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo o combinado)*. Nuestros datos en el nivel de primaria nos indican exclusivamente una diferencia en las puntuaciones entre el subtipo predominantemente inatento y el subtipo combinado, inclusive dicha diferencia no es la esperada puesto que la mayor puntuación en depresión se encuentra en el subtipo combinado frente al inatento. Y en el nivel de secundaria no encontramos ninguna diferencia entre los grupos. Estos resultados no corroboran los datos que han sido referidos en otros estudios previos, en los que han señalado que los trastornos de ansiedad y depresión han sido identificados con mayor frecuencia en los casos del subtipo de inatención (Bará-Jiménez et al., 2003; Tzang et al., 2009). Debemos señalar independientemente de los resultados sobre las diferencias encontradas en los subtipos, que el alto porcentaje que se especifica en la literatura en cuanto a la comorbilidad del TDAH con los trastornos internalizantes (Biederman et al., 1991; López et al., 2004; Presentación y Siegenthaler, 2005; Schatz y Rostain, 2006) nos alerta sobre la necesidad de evaluar dicha sintomatología y elaborar planes de tratamiento para abordar los trastornos de ansiedad y depresión que coexistan con el TDAH.

En cuanto a la cuarta hipótesis, apartado d, *(Los niños diagnosticados del subtipo hiperactivo-impulsivo o combinado desarrollan más síntomas de problemas de conducta y agresividad que los niños diagnosticados del subtipo predominantemente inatento)*. Hemos detectado en nuestro estudio mayores puntuaciones en la escala de agresividad entre el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento, y entre el subtipo hiperactivo impulsivo y el subtipo predominantemente inatento en el nivel de primaria. Sin embargo, no

hemos encontrado diferencias entre los grupos en la escala problemas de conducta en el nivel de primaria. Y respecto a secundaria, no hemos constatado diferencias significativas entre los grupos. Los resultados avalan parcialmente la hipótesis, sostenida por otros estudios que han señalado tasas mayores de comorbilidad en el TDAH tipo combinado e hiperactivo-impulsivo frente al inatento (Soutullo y Diez, 2007; Ulloa et al., 2006; Valdizán et al., 2007). Respecto a los trastornos externalizados, han observado que los casos con un diagnóstico del subtipo combinado o predominantemente hiperactivo-impulsivo desarrollan mayores síntomas de agresividad, trastornos de conducta y trastorno oposicionista-desafiante que aquellos con un diagnóstico de subtipo inatento (Roselló et al., 2002). Y en el caso del subtipo combinado se ha identificado una mayor gravedad de problemas del comportamiento (McLaughlin y Harrison, 2006).

De acuerdo a los resultados de las últimas hipótesis planteadas que se han centrado en la comorbilidad, cabe especificar que la comorbilidad suele ser una complicación del TDAH no detectada precozmente o no tratada de manera adecuada, por lo que es importante resaltar que el diagnóstico precoz y el inicio de un tratamiento disminuyen el riesgo de comorbilidad (Carricajo et al., 2009; San Sebastian et al., 2010; Sushevska et al., 2011). De este modo, se evita que la presencia de comorbilidad empeore la evolución de la sintomatología y beneficia el aumento de la calidad de vida de los afectados y sus familias (Garcia, et al., 2008; Klassen et al., 2004; Tallis, 2008).

8.2.2. Teniendo en cuenta la información proporcionada por los adolescentes

Teniendo en cuenta la información proporcionada por los adolescentes vamos a exponer los resultados hallados en nuestra investigación comparándolos con los datos reseñados en otras investigaciones.

En relación a la quinta hipótesis, *(El grupo de adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) mostrarán menores puntuaciones en la subescala de confianza y en la subescala comunicación, y mayor puntuación en la subescala de alienación en comparación con el grupo de adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y el grupo control)*. Los datos obtenidos sobre la percepción de los adolescentes de la relación vincular no nos indican una menor calidad de las relaciones con los padres en el periodo de la adolescencia en aquellos casos diagnosticados de TDAH. Concretamente, no hemos encontrado diferencias entre el grupo control y el subtipo combinado, ni tampoco entre el subtipo combinado y el subtipo predominantemente inatento. Sin embargo, en hipótesis anteriores y en estudios previos se ha constado que los casos con un diagnóstico de TDAH presentan mayores niveles de un estilo de apego inseguro que lo hallado en población no clínica (Clake et al., 2002; Garcia y Ibáñez, 2007; Green et al., 2007; Kissgen et al., 2009). Siguiendo en esta línea, era esperable corroborar nuestra hipótesis de menores puntuaciones en comunicación (calidad de la comunicación hablada) y confianza (mutua comprensión y respeto), y mayores puntuaciones en alienación (sentimiento de cólera y voluntad de apartarse de los demás); puesto que desde edades tempranas se han identificado en las interacciones de los padres con sus hijos dificultades en la sensibilidad, comunicación y disponibilidad (Siegel, 2007) que repercuten en el desarrollo posterior, concretamente sobre el funcionamiento social y emocional (Greenspan, 2007; Wilson, 2009). En los apegos inseguros los hijos no ven satisfechas sus necesidades y desarrollan diferentes mecanismos para protegerse. En el caso del apego evitativo, despliegan una pseudoseguridad para protegerse del rechazo que perciben, impidiendo un desarrollo de las relaciones confiable, llegando incluso en la adolescencia a evitar cualquier contenido referente a la afectividad. En el apego ambivalente, desarrollan estrategias coercitivas o conductas de indefensión que dificultan las interacciones con los

demás, generando sentimientos de inseguridad, rabia y frustración. Y en el apego desorganizado, no son capaces de organizarse para responder de una forma regular y particular hacia sus figuras de apego, ocasionando que perciban a los demás como abusadores o inaccesibles, presentando en un alto porcentaje comportamientos de inhibición, aislamiento y rechazo. Probablemente, el alto porcentaje de casos en nuestra muestra que han seguido una intervención desde edades tempranas influye en que los adolescentes en este periodo evolutivo no identifiquen dificultades en la comunicación y confianza con sus padres, así como no expresen sentimientos de cólera hacia ellos. Por tanto, sino priorizamos la intervención, en la adolescencia se seguirán afianzando las características identificadas en la niñez (Dantagnan, 2005); aumentando su vulnerabilidad y creando un estado de desprotección interna que puede dar lugar a la formación de síntomas y estructuras patológicas (González y Méndez, 2006; Lyons-Ruth, 2003; Marrone, 2008; Riggs y Jacobvitz, 2002; Soares y Dias, 2007).

Específicamente, una menor comunicación y confianza se ha relacionado con una menor autoestima y satisfacción vital (Oliva y Parra, 2001). Y otros autores han observado que el estilo disciplinario combinado con afecto y comunicación obtiene un pronóstico más favorable de la evolución de la sintomatología de TDAH que en los casos en los que las interacciones padre-hijo se caracterizan por un bajo grado de afecto y calidad de la comunicación (Daley et al., 2003; Pfiffner y Macburnett, 2006). Por ello, estamos de acuerdo con la idea planteada por Miranda-Casas et al., (2007) respecto a que no se debe centrar la intervención en temas exclusivamente conductuales, sino que se deben abordar las dimensiones afectivas parentales para lograr que se lleven a cabo técnicas efectivas de disciplina y una adecuada comunicación con sus hijos con TDAH.

Respecto a la sexta hipótesis, *(Los adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente hiperactivo-impulsivo y subtipo combinado) obtendrán mayores puntuaciones en disciplina severa, disciplina inconsistente y pobre supervisión; y menor puntuación en crianza positiva en comparación con los adolescentes diagnosticados de TDAH (subtipo predominantemente inatento) y del grupo control)*. No hemos constatado diferencias en las puntuaciones de las escalas entre el grupo control y el subtipo inatento frente a los subtipos hiperactivo impulsivo y combinado. Estos datos son diferentes a los obtenidos por medio del cuestionario relleno por los padres. Por lo tanto, podemos señalar que la percepción que tienen los hijos respecto a los estilos educativos de los padres no es coincidente con la de los padres.

8.2.3. Teniendo en cuenta la información proporcionada tanto por los padres como los adolescentes

En cuanto a la séptima hipótesis, *(A mayor nivel educativo de las madres se obtendrán menores puntuaciones en disciplina inconsistente en el grupo TDAH y control)*.

Encontramos una asociación significativa y negativa entre el nivel educativo de las madres y la presencia de puntuaciones en disciplina inconsistente, exclusivamente en el grupo TDAH. No hemos podido constatar una asociación significativa en el grupo control. Por ello, los resultados hallados no coinciden con investigaciones que han dado a conocer que la educación materna (en todos los casos, independientemente del grupo al que pertenecen) se relaciona directamente y de forma positiva con la consistencias en las reacciones y el control evidenciados por los padres hacia los comportamientos de los hijos (Lengua, 2006), y con un ambiente de crianza positivo (Carr y Pike, 2012). Conviene subrayar que dicha asociación no se puede entender en términos de causalidad lineal, ni en el sentido de que tener condiciones socioeconómicas desfavorables origine una disciplina

inconsistente. Sino que debemos considerar la comprensión de esta asociación en términos de pluricausalidad.

En relación a la octava hipótesis, (*A mayor edad de los hijos se obtendrán menores puntuaciones en crianza positiva en el grupo TDAH*). En nuestro estudio no observamos una asociación significativa entre la edad de los hijos y la presencia de puntuaciones en crianza positiva en el grupo TDAH. Sin embargo, apoyándonos en la literatura existente sobre los mayores niveles de tensión de crianza que vivencian los padres de hijos con TDAH (Solem, et al., 2011), era esperable corroborar nuestra hipótesis. Entendiendo que a medida que va cumpliendo años aparecen más dificultades por la existencia de nuevas exigencias, ocasionando un sentido mayor de incompetencia parental que dificulta la aplicación de prácticas de crianza positiva. Concretamente, en el caso del subtipo combinado (Tzang, et al., 2009) debido en parte a los problemas del comportamiento y a un sentido inferior de competencia parental, se ha identificado una menor eficacia en las practicas de crianza (Healey et al., 2011; McLaughlin y Harrison, 2006; Raya et al, 2008).

8.3. Análisis de la Regresión Lineal Múltiple

En primer lugar, debemos señalar que en las tres regresiones realizadas se observa que los modelos obtenidos no son adecuados para realizar predicciones o no representan bien al conjunto de los datos por el porcentaje que se obtiene de la del modelo. Por lo tanto, el análisis toma un carácter más descriptivo que inferencial. Sin embargo, podemos indicar que las variables independientes que se mantienen en el modelo final, tienen una mayor tendencia hacia las variables dependientes hiperactividad e intaneción.

A continuación, exponemos la información referente a los modelos de regresión hallados para cada una de las variables dependientes.

En el caso de la variable hiperactividad, mediante el análisis de la regresión lineal múltiple se obtuvo un modelo que indica un porcentaje de variabilidad del 31.9% explicado por las variables independientes: Nivel máximo de escolaridad alcanzado por el padre, puntuación total en la escala de exploración y puntuación total en apego inseguro desorganizado.

Tomando la variable inatención, por medio del análisis de la regresión lineal múltiple hallamos un modelo que tiene un porcentaje de variabilidad del 11.8% explicado por las variables independientes: Edad del hijo y puntuación total en la escala de disciplina inconsistente.

Finalmente, generando una nueva variable contemplando de forma conjunta las variables dependientes hiperactividad e inatención, el análisis de la regresión lineal múltiple concluye un modelo que tiene un porcentaje de variabilidad del 14.8% explicado por las variables independientes: Edad del hijo, nivel máximo de escolaridad alcanzado por el padre y puntuación total en la escala de disciplina inconsistente.

8.4. Conclusiones finales

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) suscita un gran interés entre los profesionales del ámbito científico y clínico. A pesar del trabajo realizado por los diferentes autores citados en el estudio, sigue existiendo una divergencia de opiniones respecto a la etiología del trastorno. Por tanto, indicamos la necesidad de seguir trabajando de forma conjunta entre los profesionales de las diversas disciplinas que se ocupan de este tema para encontrar un mayor consenso y conseguir mejoras en la evaluación y tratamiento del trastorno.

En primer lugar, debemos tomar conciencia de las limitaciones existentes en el diagnóstico de TDAH que implican diagnósticos erróneos (Morrow et al., 2012). A día de hoy, no existe un marcador biológico específico que posibilite la realización de una prueba para constatar el diagnóstico. Además, la sintomatología del trastorno es muy inespecífica, son diversos los autores que señalan la existencia de múltiples causas que pueden desarrollar síntomas de hiperactividad, déficit de atención e impulsividad (Janin, 2007; Rodulfo, 2011; Vasen, 2011). Y los sistemas de clasificación que se utilizan para realizar el diagnóstico tienen problemas conceptuales. Esto conlleva que los sujetos pueden ser diagnosticados de TDAH porque cumplen los criterios establecidos en el sistema de clasificación, pero pueden tener causas diferentes para su condición. Y si desconocemos las causas, no podremos proporcionar un tratamiento ajustado a las necesidades de cada caso.

Actualmente, sigue existiendo una gran controversia del papel que juega cada uno de los factores etiológicos en el desarrollo y evolución del TDAH. Por tanto, necesitamos seguir investigando en este campo para aportar nuevos datos; realizando un mayor esfuerzo para superar el enfoque reduccionista del sujeto que deriva de un diagnóstico transversal, aportando una visión longitudinal de su evolución (Fulgenzi et al., 2005).

Desde nuestra exposición inicial del tema de la tesis, hemos señalado que la investigación realizada sobre las representaciones vinculares y los estilos parentales en los casos de niños y adolescentes con TDAH es muy reducida, especialmente en lo que respecta a los modelos internos de apego; por lo que este estudio contribuye a ampliar los conocimientos en este campo.

Nuestros resultados van en la misma línea que los obtenidos por otros autores que han concluido que los casos de niños diagnosticados de TDAH presentan mayores niveles de un estilo de apego inseguro que lo hallado en población no clínica (Clarke et al., 2002; García e

Ibáñez, 2007; Green et al., 2007; Kissgen et al., 2009). En nuestra investigación, hemos podido constatar que el TDAH podría darse en un contexto de vínculo inseguro, teniendo en cuenta que determinados factores relacionados con los estilos educativos parentales y las características de los niños conllevan mayores dificultades para crear un vínculo seguro (García e Ibáñez, 2007), puesto que existe una influencia bidireccional entre la figura de apego y el bebé que repercute en la formación del vínculo (Lecannelier et al., 2011).

En relación al planteamiento de Cid Foix (2011) respecto a que el estrés prenatal y postnatal ocasiona alteraciones en el desarrollo del neonato, afectando a la estructura y las funciones de áreas cerebrales relacionadas con el TDAH. Hemos podido observar en nuestro estudio que los padres de los niños y adolescentes con este trastorno expresan mayores dificultades en la crianza de sus hijos, que suponen mayores niveles de estrés (Peters y Jackson, 2008; Tzang et al., 2009). La tensión que viven las madres en el seno familiar correlaciona en diversos estudios con problemas de depresión, los cuales se relacionan con la afectación de las funciones psicológicas implicadas en el proceso de vinculación socio-afectiva (Trallero, 2005). Por tanto, el estrés vivenciado por las madres de niños que están diagnosticados de TDAH podría plantearse como una posible causa de las dificultades en el establecimiento de un vínculo seguro.

En este caso, la tensión vivida por las madres afectaría a los procesos de sintonización que se llevan a cabo en el primer tiempo del neonato por parte de los progenitores. Estos procesos repercuten en el córtex orbitofrontal e influyen en la capacidad de autocontrol del niño; debido a que éste área tiene un papel relevante en la regulación del afecto, puesto que se encarga de elaborar los estados de activación ante una experiencia emocional e influye en la regulación de la actividad corporal. Por tanto, las interacciones de los padres contribuyen a

regular los estados de mente y los cambios de las emociones, influyendo en el desarrollo de la capacidad de sus hijos para autocontrolarse (Siegel, 2007).

En esta misma línea, Johnson y Mash (2001) argumentaron que las dificultades de los padres para sincronizar sus acciones a las señales del niño pueden conllevar una inadecuada adaptación del comportamiento de sus hijos. En cambio, los comportamientos de crianza sensibles fomentan la autorregulación en los hijos y puede llegar a atenuar la sintomatología de TDAH.

Referente al tipo de apego que se observa en el colectivo de TDAH, hemos identificado en nuestra investigación los dos patrones de apego que son más relevantes, el ambivalente y el desorganizado (Clarke et al., 2002; Green et al., 2007; Stiefel, 1997). Inclusive, en relación a las diferencias halladas en el tipo de apego en función del subtipo de TDAH (Finzi et al., 2006), corroboramos que los niños diagnosticados del tipo combinado obtienen mayores puntuaciones que los niños diagnosticados del tipo predominantemente inatento en vínculo inseguro del tipo ambivalente.

En cuanto a los estilos educativos parentales, se ha observado que su influencia en las características psicológicas y/o patología es coadyuvante en el inicio del trastorno y posteriormente influye en su evolución (Fornieles, 2005).

La mayor tensión de crianza de los hijos también ocasiona que los padres desarrollen patrones de disciplina ineficaces que pueden dar lugar a un estilo educativo punitivo (Healey et al., 2011; Stormshak et al., 2000; Wolfon y Grant, 2006) o permisivo (Keown y Woodward, 2002; Raya et al., 2008). En esta misma línea, en nuestro estudio hemos podido constatar una mayor disciplina ineficaz en los casos de TDAH frente a los controles. Y son diversos los autores que han concluido que las conductas coercitivas contribuyen al mantenimiento y exacerbación de los síntomas conductuales del TDAH (Daley et al., 2009) y

al desarrollo de problemas externalizantes (Campbell et al., 2000; Prinzie et al., 2004). Y las conductas permisivas, apoyan un desarrollo inadecuado de la autorregulación de los impulsos y de la tolerancia a la frustración (López y López, 2008).

Teniendo en cuenta nuestros resultados y sustentándonos en la idea planteada por Arranz y Oliva (2010) sobre la pertinencia de evitar un planteamiento dicotómico herencia vs ambiente para proporcionar un punto de vista que logre integrar ambas contribuciones, debemos tener presente la relevancia de la evaluación del apego (Kissgen et al., 2009) y de los estilos parentales (Fornieles, 2005) para efectuar un diagnóstico riguroso de TDAH que ponga el énfasis en el abordaje del trastorno desde una perspectiva psicosocial.

El diagnóstico clínico de TDAH se realiza habitualmente posterior a los siete años, aunque los primeros síntomas aparecen con anterioridad. Sin embargo, a edades tempranas es difícil cumplir los criterios contemplados en los sistemas de clasificación para realizar el diagnóstico porque los síntomas no siempre se constatan en los dos ambientes (la casa y el colegio), la sintomatología no suele ser muy intensa, y no interfiere en el ámbito escolar porque las exigencias no son muy altas. Por ello, en la mayoría de los casos el profesional espera a observar la evolución de los síntomas para determinar si van eliminándose a medida que va madurando, si se mantienen o surgen otros síntomas que se deben a otra sintomatología. La espera supone que el diagnóstico se dilate en el tiempo sin realizar las intervenciones necesarias para trabajar sus dificultades actuales y prevenir las futuras.

A pesar de constatarse dicha relación entre el TDAH y un patrón vincular inseguro, unido a las evidencias de las implicaciones de los primeros vínculos afectivos en la salud del desarrollo humano. Actualmente, no existen intervenciones específicas en el fomento del apego para padres con hijos que a edades tempranas comiencen a padecer algunos síntomas característicos del TDAH. Por tanto, proponemos la necesidad de llevar a cabo intervenciones

que puedan contribuir a una evolución satisfactoria de la sintomatología inicial de los afectados. Nuestra propuesta se centra en la mejora del estilo de apego antes de que se unan otros síntomas a los detectados a edades tempranas. Para lograr una intervención temprana se requiere generar vías de derivación desde los profesionales que diagnostican hacia los profesionales que pueden efectuar un trabajo en el tema del apego, previo a un diagnóstico. De este modo, estaremos trabajando de forma indirecta en el fomento de las competencias en donde los TDAH tienen dificultades, puesto que se ha podido comprobar que tener un vínculo seguro favorece el desarrollo de dichas competencias: La atención sostenida (Fonagy y Target, 2002), persistencia en la resolución de los objetivos a cumplir en una tarea (Matas et al., 1978), demora de la recompensa (Jacobsen et al., 1997), habilidades de autorregulación de los afectos y de sus conductas (Cassidy, 1994; Marrone, 2008; Troisi et al., 2001), capacidad para regular el estrés, y en la función reflexiva o mentalizadora (Conway et al., 2002; Rosnay y Harris, 2002).

Debemos ser conscientes que la intervención debe ser puesta en marcha lo antes posible puesto que los patrones de apego han demostrado ser flexibles en el primer tiempo pero luego se van estableciendo como formas estables de relación y crean las representaciones internas del apego o modelos operativos internos que suelen persistir hasta la edad adulta (Bowlby, 1989). Además, en los casos en los que existe un apego inseguro, se encuentran dificultades para instaurar en el ambiente familiar las pautas indicadas en la terapia. Por ello, en primer lugar se recomienda intervenir la mejora del vínculo para poder aplicar posteriormente las medidas terapéuticas (García y Ibañez, 2007).

Para finalizar, queremos destacar que estamos de acuerdo con Álvarez (2008) respecto a que existen mayores publicaciones del TDAH referentes a temas de neurociencia y tratamientos farmacológicos en detrimento de las publicaciones sobre aspectos psicosociales y de tratamientos psicoterapéuticos. Por ello, es necesario seguir investigando de forma más

exhaustiva la influencia de los factores socio-familiares y emocionales en la expresión de los trastornos mentales.

Por tanto, nuestros resultados son alentadores para seguir investigando y constatando por otros investigadores la influencia del apego y de los estilos parentales en el inicio, mantenimiento y desarrollo de los síntomas característicos en el TDAH.

8.5. Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación

Tras la reflexión derivada de los principales resultados de este estudio, en esta sección se abordarán las limitaciones del mismo y la propuesta de las futuras líneas de investigación.

8.5.1. Limitaciones del estudio

A continuación vamos a destacar las principales limitaciones, que a nuestro juicio, podemos observar en el estudio y que han de tenerse en cuenta en la interpretación de los resultados. Las limitaciones están relacionadas con las características de la muestra de TDAH, los instrumentos seleccionados para evaluar el vínculo de apego, los bajos coeficientes de consistencia interna de algunas de las escalas de los instrumentos utilizados y el tipo de diseño del estudio.

En lo referente a las características de la muestra de TDAH, debemos señalar que a pesar de constatar que todos los casos de la muestra de TDAH tienen un diagnóstico clínico; no podemos dejar de puntualizar en cuanto al diagnóstico de TDAH, que en la actualidad se basa principalmente en una aproximación clínica, es decir, hasta el momento el trastorno está definido preferentemente sobre bases conductuales sin la concreción de un marcador biológico específico (Mas, 2009). Además, reflejar que la denominación de los trastornos proporciona muy poca información de los factores causales, y esto puede conllevar que las personas que son diagnosticadas de un mismo trastorno porque cumplen los criterios

establecidos en el sistema de clasificación pueden tener causas diferentes para su condición (Castro, 2011). Por lo tanto, podrían existir en la muestra posibles diagnósticos “falsos positivos” debido a la complicada labor de efectuar un diagnóstico de TDAH.

Respecto a las limitaciones relacionadas con los instrumentos de evaluación seleccionados para evaluar el vínculo de apego, cabe detallar que se ha evaluado por medio de la información proporcionada por los padres y los adolescentes, y no hemos podido aportar los datos de la observación directa del niño. Por tanto, la información que proporcionan podría estar distorsionada debido a los sesgos que pueden producirse en sus respuestas. Sin duda, lo ideal sería poder realizar una investigación longitudinal en donde se pudiera hacer un seguimiento de la evolución de las conductas de apego desde los primeros años. Puesto que, tratamos de evitar un enfoque reduccionista del sujeto, dando especial importancia a la visión longitudinal de su evolución (Fulgenzi, et al. 2005).

Por otro lado, algunas escalas de los instrumentos utilizados en el estudio han obtenido bajos coeficientes de consistencia interna. Por ello, estos instrumentos requieren un estudio más específico en futuras investigaciones para aumentar su fiabilidad.

Finalmente, en cuanto al diseño del estudio, descriptivo transversal de caso control, pueden cometerse sesgos en la selección de los sujetos, debido a que la recogida de la información de los casos es posterior a la aparición del TDAH. Por tanto, es pertinente plantear la realización de diseños longitudinales que puedan evitar los sesgos y determinar la dirección de la causalidad de los resultados hallados.

8.5.2. Futuras líneas de investigación

Nuestra investigación ha generado otras preguntas, que ofrecen posibles líneas de investigación para seguir trabajando.

En este sentido, apoyados en la idea expuesta por Dallos y Smart (2010) sobre la necesidad de considerar la relación entre los modelos de apego y los problemas dentro del proceso sistémico de la familia, en sucesivas investigaciones sería pertinente valorar los patrones internos de apego de los padres para comprobar que tanto las madres como sus hijos TDAH presentan mayores niveles de un estilo de apego inseguro que lo hallado en población no clínica (Clarke et al., 2002; García y Ibáñez, 2007; Green et al., 2007; Kissgen et al., 2009). Puesto que en la medida en la que podamos constatar dicha asociación, se podrán poner en funcionamiento programas de intervención dirigidos a los padres antes de detectar los síntomas en los niños. Pudiendo fomentar un mayor conocimiento y aceptación de sus hijos, consistencia en mostrarles afecto, calidad de mando y conductas eficientes en la crianza (Kilman, 2009).

Inclusive, sería pertinente analizar las características de los padres que pueden estar influyendo en el estrés de la crianza que se ha constatado en las familias con un hijo diagnosticado de TDAH (Peters y Jackson, 2008; Tzang et al., 2009). Además, pueden estar repercutiendo en el establecimiento de un vínculo seguro por el aumento de la vulnerabilidad de la figura de apego ante el comportamiento de su hijo (Whalen et al., 2011).

Por tanto, el siguiente paso que nos proponemos es poner en funcionamiento el programa sugerido en la tesis respecto a la prevención e intervención en el fomento del apego, dirigido a las figuras parentales con un hijo de entre tres y siete años que cursa con sintomatología similar a la del TDAH. Unido al diseño de un nuevo estudio de carácter longitudinal que nos permita conocer la evolución del apego y de los patrones de comportamiento entre los padres e hijos que pueden estar generando disfunciones en las

interacciones. Considerando las características de los padres que pueden repercutir en su vulnerabilidad para hacer frente a las características propias de sus hijos (patrones internos de apego, psicopatología, percepciones de los problemas y de sus habilidades para hacer frente a su rol parental...). Sin olvidar la importancia del apoyo social que reciben las familias de su entorno más cercano (familia extensa, amigos...) para mitigar el estrés generado por las exigencias de la crianza de los hijos con TDAH.

9. REFERENCIAS

- Acosta, M.T. (2007). Aspectos genéticos y moleculares en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad: búsqueda de los genes implicados en el diagnóstico clínico. *Revista de Neurología*, 44(supl. 2), 37-41.
- Aguirre-Samudio, A.J. & Nicolini, H. (2005). El gen receptor a dopamina D4 y su asociación con los trastornos mentales. *Revista de investigación Clínica*, 57(1), 65-75.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Alizadeh, H. & Andries, C. (2002). Interactions of parenting styles and attention deficit hyperactivity disorder in Iranian parents. *Child & Family Behavior Therapy*, 24, 37-52.
- Althoff, R.R., Rettew, D.C. & Hudziak, J.J. (2003). Attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Psychiatric Annals*, 33(4), 245-252.
- Álvarez, A.J. (2008). TDAH: Reflexiones y desafíos. *Cuadernos de psiquiatría*, 8(2), 185-192.
- Amador, J.A., Foros, M., Guàrdia, J., & Però, M. (2006). DSM- IV attention déficit hyperactivity disorder symptoms: agreement between informants in prevalence and factor structure at different ages. *Journal of Psychopatology and behavioural Assesment*, 28, 23-32.
- Amiri, S., Fakhari, A., Golmirzaei, J.,nMohammadpoorasl, A. & Abdi, S. (2012). Tourette's Syndrome, Chronic Tics, and Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in Elementary Students. *Archives of Iranian Medicine*, 15(2), 76-78.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.

American Psychiatric Association. (2004). *DSM-IV-TR-AP Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Atención Primaria*. Barcelona: Masson, S.A.

Armsden, G. C. & Greenberg, M. T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual Differences and Their Relationship to Psychological Well-Being in Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.

Arranz, E. (2004). Un modelo teórico para la comprensión de las relaciones entre la interacción familiar y el proceso de desarrollo psicológico: modelo contextual- ecológico, interactivo-bidireccional y sistémico. En Arranz, E. (Ed.), *Familia y desarrollo Psicológico* (pp.33-68). Madrid: Pearson Educación.

Arranz, E. & Oliva, A. (2010). La influencia del contexto familiar en el desarrollo psicológico durante la infancia y la adolescencia. En Arranz, E. & Oliva, A. (Ed.), *Desarrollo psicológico en las nuevas estructuras familiares* (pp.15-34). Madrid: Pirámide.

Artigas-Pallarés, J. (2003). Comorbilidad en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36(1), 68-78.

Ato, E.A., Galian, M.D. & Huéscar, E. (2007). Relaciones entre estilos educativos, temperamento y ajuste social en la infancia: Una revisión. *Anales de Psicología*, 23(1), 33-40.

Bakker, L. & Rubiales, J. (2010). Interacción de factores genéticos y ambientales en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Estudio de caso de gemelos. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 5 (3), 226-236.

- Banaschewski, T., Becker, K., Scherag, S., Franke, B. & Coghill, D. (2010). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 237-257.
- Banerjee, T.D., Middletn, F. & Faraone, S.V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatrica*, 96, 1269-1274.
- Banks, T., Ninowski, J. E., Mash, E. J. & Semple, D. L. (2008). Parenting Behavior and Cognitions in a Community Sample of Mothers with and without Symptoms of Attention-deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Family Studies*, 17 (1), 28-43.
- Bara-Jiménez, S., Vicuña, P., Pineda, D.A., Henao, G.C (2003). Perfiles neuropsicológicos y conductuales de niños con trastornos por déficit de atención/hiperactividad de Cali, Colombia. *Revista de Neurología*, 37 (7), 608-615.
- Barkley, R.A. (2002). *Niños hiperactivos. Cómo comprender y atender sus necesidades especiales*. Barcelona: Paidós.
- Barkley, R.A. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Brain and Development*, 25, 77-83.
- Bates, J.E., Pettit, G.S., Dodge, K.A. & Ridge, B. (1998). Interaction of temperamental resistance to control and restrictive parenting in the de-velopment of externalizing behavior. *Developmental Psychology*, 34, 982-995.
- Bayes, M., Ramos-Quiroga, J.A., Cormand, B., Hervás-Zúñiga, A., Del Campo, M., Durán Taulería, E., Ribases, M., Vilella- Cuadrada, E., Diego-Otero, Y., Casas-Brugue, M. & Estivill, X. (2005). Genotipado a gran escala en la investigación del trastorno del espectro autista y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurologica*, 40 (1), 187-190.

- Beldarrain, M.G. (2007). Síndromes disejecutivos y lóbulos frontales. En Peña- Casanova, J. (Ed.), *Neurología de la conducta y neuropsicología* (pp.327-349). Madrid: Médica Panaméricana.
- Belsky, J., Fish, M. & Isabella, R. (1991). Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotionality: family antecedents and attachment consequences. *Developmental Psychology*, 27, 421-431.
- Berger, K.S. (2007). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. Madrid: Panamericana.
- Besoain, C. & Santelices, M.P. (2009). Transmisión intergeneracional del apego y Función Reflexiva Materna: Una Revisión. *Terapia Psicológica*, 27(1), 113-118.
- Biederman, J. (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1215-1220.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Monuteaux, M.C., Bober, M. & Cadogen, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*, 55, 692-700.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., Van Patten, S., Burbach, M. & Wozniak J. (2004). A Prospective Follow up Study of Pediatric Bipolar Disorder in boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(1), 17-23.
- Bierdeman, J., Newcorn, J. & Sprich S. (1991) Comorbidity of attention deficit disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577.

- Bor, W., Sanders, M. R. & Markie-Dadds, C. (2002). The Effects of the Triple Positive Parenting Program on Preschool Children With Co-Occurring Disruptive Behavior and Attentional/Hiperactivity Difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30 (6), 571-587.
- Borelli, J.L., David, D.H., Crowley, M.J. & Mayes, L.C. (2010). Links Between Disorganized Attachment Classification and Clinical Symptoms in School- Aged Children. *Journal of child and family Studies*, 19, 243-256.
- Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Buenos aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.
- Bretherton, I., Ridgeway, D., & Cassidy, J. (1990). Assessing internal working models of the attachment relationship: An attachment story completion task for 3-year-olds. En M. T. Greenberg, M.T., Cicchetti, D., & Cummings, E.M (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 273-308). Chicago: University of Chicago Press.
- Buri, J. R. (1991). Parental Authority Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 57, 110-119.
- Campbell, S.B., Shaw, D.S., & Gilliom, M. (2000). Externalizing behavior problems: Toddlers and preschoolers at risk for later maladjustment. *Development and Psychopathology*, 12, 467-488.
- Cantero, M.P., Pérez, N., González, C. & Navarro, I. (2011). El comienzo de la vida y la primera infancia (0-2 años). En Pérez, N. & Navarro, I. (Ed.), *Psicología del desarrollo humano. Del nacimiento a la vejez* (pp.37-63). Alicante: Editorial Club Universitario.

- Cantero, M.P., Pérez, N. & Navarro, I. (2011). Historia y conceptos de la psicología del desarrollo. En Pérez, N. & Navarro, I. (Ed.), *Psicología del desarrollo humano. Del nacimiento a la vejez* (pp.11-35). Alicante: Editorial Club Universitario.
- Cantón, J. & Córtes, M.R. (2000). *El Apego del niño y sus cuidadores*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Cardo, E., & Servera, M. (2005). Prevalencia del trastorno por déficit de atención hiperactividad: Revisión metodológica. *Revista de neurología*, 40 (supl 1), 11-15.
- Carr, A. & Pike, A. (2012). Maternal scaffolding behavior: link with parenting style and maternal education. *Developmental Psychology*, 48, 543-551.
- Carricajo Lobato, M.P., García Núñez, C., Martí Martinez, A.B., Fenollar Ibáñez, F.M., Ziadi Trives, M., Castillo Alarcón, M.P. & Fuentes Albero, M. (2009). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y comorbilidad. Congreso Virtual de Psiquiatría, 1-28 febrero.
- Cassidy, J. (1988). Child–mother attachment and the self in six-year olds. *Child Development*, 59, 121 – 134.
- Cassidy, J. (1994). Emotional regulation: Influences of attachment relationships. En Fox, N. (Ed.), *The development of emotion regulation: biological and behavioural considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (serial 240, 2-3) 228-249.
- Castellanos, F.X. & Acosta, M.T. (2004). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología* 38, 131-136.
- Castells, P. (2008). *Psicología de la familia. Conocernos más para convivir mejor*. Barcelona: Ediciones Ceac.

- Castro, L. (2011). Modelo integrador en psicopatología: un enfoque transdiagnóstico. En Caballo, V.E., Salazar, I.C., Carrobbles, J.A. (Ed.), *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos* (pp.45-78). Madrid: Pirámide.
- Cherkasova, M.V. & Hechman, L. (2009). Neuroimaging in attention-deficit hyperactivity disorder: Beyond the frontostriatal circuitry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(10), 651-664.
- Chronis, A. M., Lahey, B. B., Pelham, W. E., Kipp, H. L., Baumann, B. L., & Lee, S. S. (2003). Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42, 1424–1432.
- Cid Foix, A. (2011). Propuestas de políticas sociales con el objetivo de mejorar la calidad de vida en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Cuadernos de Bioética*, XXII, 215-242.
- Clarke, L., Ungerer, J., Chahoud, K., Jonson, S. & Stiefel, I.(2002).Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with attachment insecurity. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2), 179-198.
- Collet, B.R., Gimpel, G.A., Greenson, J.N. & Gunderson, T.L. (2001).Assessment of discipline styles among parents of preschool through school-age children. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 23 (3), 163-170.
- Conway, F., Oster, M. & Szymanski, K. (2011). ADHD and complex trauma: A descriptive study of hospitalized children in an urban psychiatric hospital. *Journal of Infant Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 60-72.

- Cornellá, J. (2011). Dilemas e imprecisiones en el diagnóstico en salud mental del adolescente: el paradigma del TDAH. *Psiquiatria.com* [en línea]. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10401/4564>
- Crittenden, P.M. & Kulbotten, G.R. (2007). Familial contributions to ADHD: An Attachment Perspective. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(10), 1220-1229.
- Dadds, M. R., Maujean, A., & Fraser, J. A. (2003). Parenting and conduct problems in children: Australian data and psychometric properties of the Alabama Parenting Questionnaire. *Australian Psychologist*, 38, 238-241.
- Daley, D., Jones, K., Hutchings, J., & Thompson, M. (2009). Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school children: current findings, recommended interventions and future directions. *Child: Care, Health & Development*, 35(6), 754-766.
- Daley, D., Sonuga-Barke, E. J. S. & Thompson, M. (2003). Assessing expressed emotion in mothers of preschool AD/HD children: Psychometric properties of a modified speech sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 42, 53-67.
- Dallos, R. & Smart, C. (2010). An exploration of family dynamics and attachment strategies in a family with ADHD/conduct problems. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 535-550.
- Danforth, J., Barkley, R. & Stokes, T. (1991). Observation of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-722.
- Dantagnan, M. (2005). Los trastornos del apego: elementos diagnósticos y terapéuticos, En Barudy, J. & Dantagnan, M. (Ed.), *Los buenos tratos a la infancia* (pp.165-211). Barcelona: Gedisa.

- De Sousa, A. & Kalra, G. (2012). Drug Therapy of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Current Trends. *Mens Sana Monographs*, 10, 45-69.
- Del Campo, N., Chamberlain, S.R., Sahakian, B.J. & Robbins, T.W. (2011). The Roles of Dopamine and Noradrenaline in the Pathophysiology and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 69, 145-157.
- Díaz, J. (2006). Comorbilidad en el TDAH. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 6(1), 44-55.
- Díaz, J. & Blánquez Rodríguez, MP. (2004). El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y del adolescente*, 4 (1), 82-90.
- Díaz, A., Pérez, J., Martínez, MT., Herrera, E. & Brio, A. (2000). Influencias de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil: Implicaciones para la atención temprana. *Revista Anales de Psicología*, 16 (1), 101-111.
- DuPaul, G.J., McGoe, K.E., Eckert, T.L. & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. *Journal of the American Academy of Children and Adolescent Psychiatry*, 40, 508-515.
- Eisenberg, N., Zhou, Q., Spinrad, T. L., Valiente, C., Fabes, R. A. & Liew, J. (2005). Relations Among Positive Parenting, Children's Effortful Control, and Externalizing Problems: A Three-Wave Longitudinal Study. *Child Development*, 76 (5), 1055-1071.
- Erdman, P. (1998). Conceptualizing ADHD as a contextual response to parental attachment. *The American Journal of Family therapy*, 26, 177-185.

- Espina, A. (2010). *Manual de evaluación familiar y de pareja. Guía para terapeutas y consejeros familiares*. Madrid: Editorial CCS
- Estalayo, A., Rodríguez, O. & Romero, J.C. (2009). Estilos de crianza y ambientes familiares en menores y jóvenes violentos. Un modelo psicoterapéutico de apoyo para la intervención. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 48, 113-129.
- Faraone, S.V., Biederman, J. & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder:a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36, 159-165.
- Faraone, S.V., Perlis, R.H., Doyle, A.E., Smoller, J.W., Goralnick, J.J, Holmgren, M.A. & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1313–1323.
- Feldman, R.S. (2007). *Desarrollo Psicológico. A través de la vida*. México: Person Educación.
- Fernández, E. (2000). *Explicaciones sobre el desarrollo humano*. Pirámide: Madrid.
- Fernández, G.M. (2001). Teoría del Apego y psicoanálisis. Hacia una convergencia clínica. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 33, 5-35.
- Fernández, L.M. (2005). *El vínculo afectivo con el niño por nacer*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Fernández, A. & López, S. (2011). Trastornos infantiles y de la adolescencia. En Caballo, V.E., Salazar, I.C. & Carrobbles, J.A. (Ed.), *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos* (pp.757-783). Madrid: Pirámide.

- Fernández, A., Martín, D., Calleja, B., Muñoz, N. & López, S. (2012). Endofenotipos genómicos del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 54(1), 81-87.
- Finzi, R., Manor, I. & Tyano, S. (2006). ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns. *Child Psychiatry Hum Dev*, 37, 103-114.
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 307-335.
- Fornieles, C. (2005). Disciplina y estilo educativo familiar. En Ezpeleta, L. (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 319-336). Barcelona: Masson.
- Fuentes, M. J., Motrico, E. & Bersabé, R. M. (1999). Escala de Afecto (EA) y Escala de Normas y Exigencias (ENE): Versión hijos y versión padres. Universidad de Málaga.
- Fulgencio, H., Ortiz, P., Cappolillo, C., Massot, V. & Thomas, G. (2005). Reflexiones sobre el diagnóstico de Déficit de Atención. *Revista de Psicología UCA*, 1(1), 83-95.
- Furman, L. (2005). What Is Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)? *Journal of Child Neurology*, 20(12), 994-1002.
- Furman, L. (2008). Attention- Deficit Hiperactivity Disorder (ADHD): Does New Research Support Old Concepts? *Journal of Child Neurology*, 23(7), 775-784.
- Galán, A. (2010). El apego. Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30 (108), 581-595.
- García, M. & Ibáñez, M. (2007). Apego e Hiperactividad: Un estudio exploratorio del vínculo madre-hijo. *Terapia de Psicología*, 25 (2), 123-134.

- García, M.D., Prieto, L.M., Santos, J., Monzon, L, Hernández, A. & San Feliciano, L. (2008). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Un problema actual. *Anales de pediatría*, 69(3), 244-250.
- Geddes, H. (2010). *El apego en el aula. Relación entre las primeras experiencias infantiles, el bienestar emocional y el rendimiento escolar (1ra Ed.). (Trad. B. Jiménez).* Barcelona: Graó. (Original en inglés, 2006).
- George, E.D., Bordner, K.A., Elwafi, H.M. y Simen, A.A. (2010). Maternal separation with early weaning: a novel mouse model of early life neglect. *Bio Med Central Neuroscience* 11, 123-136.
- Gerdes, A. C., Hoza, B. & Pelham, W. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder boy's relationships with their mothers and fathers: Child, mother and father perceptions. *Development and Psychopathology*, 15, 363-382.
- Gloger-Tippelt, G., Gomille, B., Koenig, L. & Vetter, J. (2002). Attachment representation in 6-years olds: Related longitudinally to the quality of attachment in infancy and mother's attachment representation. *Attachment & Human Development*, 4(3), 318-339.
- Goldstein, L.H., Harvey, E.A. & Friedman-Weieneth, J.L. (2007). Examining subtypes of behaviour problems among 3-years-old children, Part III: Investigating differences in parenting practices and parenting stress. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 125-136.
- Gomez, E., Muñoz, M. M. & Santelices, M.P. (2008). Efectividad de las intervenciones en apego con infancia vulnerada y en riesgo social: Un desafío prioritario para Chile. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 241-251.

- González, A.E., Diaz, A. & Diaz-Anzaldúa, A. (2008). La epigenética y los estudios en gemelos en el campo de la psiquiatría. *Salud Mental*, 31(3), 229-237.
- González, J., Fernández, S., Perez, E. & Santamaría, P. (2004). *BASC. Sistema de evaluación de la conducta de niños y adolescentes*. Madrid: TEA.
- González, L., & Méndez, L. (2006). Relación entre autoestima, depresión y apego en adolescentes urbanos de la comuna de Concepción, Chile. *Terapia Psicológica*, 24, 5-14.
- Gul, N., Tiryaki, A., Kultur, S.E.C., Topbas, M. & Ak, I. (2010). Prevalence of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Comorbid Disruptive Behavior Disorders Among School Age Children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20, 50-56.
- Gracia, E., Fuentes, M.C. & Garcia, F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. *Intervención Psicosocial* [en línea]. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-05592010000300007&script=sci_arttext
- Graff, I., Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the triple p positive parenting program on parenting: a meta- analysis. *Family relations*, 57, 553- 566.
- Green, J., Stanley, C., & Petters, S. (2007). Disorganized attachment representation and atypical parenting in young school age children with externalizing disorder. *Attachment and Human Development*, 9(3), 207-222.
- Greenspan, S. I. (2007). Levels of infant-caregiver interactions and the DIR model: Implications for the development of signal affects, the regulation of mood and behavior, the formation of a sense of self, the creation of internal representation, and the

construction of defenses and character structure. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 6, 174- 210.

Ghuman, J.K., Arnold, L.E. & Anthony, B.J. (2008). Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Current evidence and practice. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18 (5), 413-447.

Grinzenko, N., Fortier, M.G., Zadorozny, C., Thakur, G., Schmitz, N., Duval, R. & Joobar, R. (2012). Maternal stress during pregnancy, ADHD symptomatology in children and genotype: Gene-environment interaction. *Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 21(1), 9-15.

Gullone, E., Robinson, K. (2005). The inventory of parent and peer attachment—revised (IPPA-R) for children: A psychometric investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, (12), 67–79.

Halasz, G. & Vance, A.L.A. (2002). Attention déficit hyperactivity disorder in children: moving forward with divergent perspective. *The Medical Journal of Australia*, 177, 554-557.

Healey, D.M., Flory, J.D., Miller, C.J. & Halperin, J.M. (2011). Maternal positive parenting style is associated with better functioning in hiperactive/Inattentive preschool children. *Infant and Child Development*, 20, 148-161.

Hernández, P. (1990). *Test Evaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI)*. Madrid: TEA.

- Hidalgo, V. & Palacios, J. (2009). Desarrollo de la personalidad entre los 2 y los 6 años. En Palacios, J., Marchesi, A. & Coll, C. (Eds.), *Desarrollo psicológico y educación* (pp.257-282). Madrid: Alianza Editorial.
- Hillaker, B.D., Brophy-Herb, H.E., Villarruel, F.A. & Haas, B.E. (2008). The contributions of parenting to social competencias and positive values in middle school youth: Positive family comunication, maintaining standards, and supportive family relationships. *Family Relations*, 57, 591-601.
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., & Henderson, K. (2003). Mental representations and defenses in severely maltreated children: A Story Stem Battery and Rating System for clinical assessment and research applications. En Emde, R.N., Wolf, D. P. & Oppenheim, D. (Eds.), *Revealing the inner worlds of young children*. The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives (pp. 240-267). Nueva York: Oxford University Press.
- Hoffman, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G. & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1017-1026.
- Huizink, A.C. & Mulder, E.J. (2006). Maternal smoking, drinking or cannabis use during pregnancy and neurobehavioral and cognitive functioning in human offspring. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 24–41.
- Hurt, E.A., Hoza, B. & Pelham, W.E. (2007). Parenting, family loneliness and peer functioning in boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 543-555.

- Hurtig, T., Ebeling, H., Taanila, A., Miettunen, J., Smalley, S., McGough, J., Loo, S., Järvelin, M.R. & Moilanen, I. (2007). ADHD and comorbid disorders in relation to family environment and symptom severity. *European Child y Adolescent Psychiatry*, 16(6), 362-369.
- Iglesias, B. & Romero, E. (2009). Estilos parentales percibidos, psicopatología y personalidad en la adolescencia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14 (2), 63-77.
- Jacobsen, T., Huss, M., Fendrich, M., Kruesi, M.J.P. & Ziegenhain, U. (1997). Children`s ability to delay gratification: Longitudinal relations to mother-child attachment. *Journal of Genetic Psychology*, 158, 411-426.
- Janin, B. (2007). *Niños desatentos e hiperactivos ADD- ADHD: Reflexiones críticas acerca del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad*. Buenos Aires: Noveduc.
- Jarque, S. (2012). Eficacia de las intervenciones con niños y adolescentes con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH). *Anuario de Psicología*, 42(1), 19-33.
- Johnston, C. & Mash, E.J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183- 207.
- Joseph, J. (2000). Not in their genes: A critical view of the genetics of attention-deficit hiperctivity disorder. *Developmental Review*, 20, 539-567.
- Joussemet, M., Landry, R. & Koestner, R. (2008). A self- determination theory perspective on parenting. *Canadian psychology*, 49 (3), 194- 200.

Justicia, F., Benitez, J.L., Pichardo, M.C., Fernández, E., García, T. & Fernández, M. (2006).

Aproximación a un nuevo modelo explicativo del comportamiento antisocial. *Revista electrónica de investigación Psicoeducativa*, N° 9. 4(2), 131-150.

Kashdan, T.B., Jacob, R.G., Pelham, W.E., Lang, A.R., Hoza, B., Blumenthal, J.D. & Gnagy,

E.M. (2004). Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 169-181.

Kemph, J.P. & Voeller, K.K. (2007). Reactive attachment disorder in adolescence.

Adolescent Psychiatry, 30, 159-178.

Kenny, M. (1987). The extent and function of parental attachment among first-year college

students. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 17-27.

Keown, L.J. & Woodward, L.J. (2002). Early parent-child relations and family functioning of

preschool boys with pervasive hyperactivity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 541-553.

Kilmann, P.R., Vendemia, J.M., Parnell, M.M. & Urbaniak, G.C. (2009). Parent

characteristics linked with daughters' attachment styles. *Adolescence*, 44(175), 557-568.

Kissgen, R., Krischer, M., Kummetat, V., Spiess, R., Schleiffer, R. & Sevecke, K. (2009).

Attachment Representation in Mothers of Children with Attention Deficit Hiperactivity Disorder. *Psychopathology*, 42, 201-208.

Klagsbrun, M. & Bowlby, J. (1976). Responses to separation from parents: A clinical test for

young children. *British Journal of Projective Psychology*, 21, 7-21

- Klassen, A.F., Miller, A. & Fine, S. Health-related quality of life in children and adolescent who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 114(5), 542-547.
- Knafo, A. & Plomin, R. (2006). Parental Discipline and Affection and Children's Prosocial Behavior: Genetic and Environmental Links. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 147-164.
- Kostelnik, M.J., Phipps, A., Soderman, A.K. & Gregory, K.M. (2009). *El desarrollo social de los niños*. México: Cengage learning Editores.
- Korzeniowsk, C. & Ison, M.S. (2008). Estrategias psicoeducativas para padres y docentes de niños con TDAH. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVII, 65-71.
- Lacasa, F. (2008). *Relación entre vínculo afectivo, psicopatología y cambio en una muestra de adolescentes: estudio comparativo entre una muestra clínica que han realizado psicoterapia de grupo y una muestra comunitaria*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Lafuente, M.J. & Cantero, M.J. (2010). *Vinculaciones afectivas. Apego, Amistad y Amor*. Madrid, España: Pirámide.
- Lahey, B.B., Pelham, W.E., Loney, J., Lee, S.S. & Willcutt, E. (2005). Instability of the DSM-IV Subtypes of ADHD From Preschool Through Elementary School. [Versión electrónica]. *Archives of General Psychiatry*, 62 (8), 896-902.
- Langley, K., Fowler, T.A., Grady, D.I., Moyzis, R.K., Holmans, P.A., Van den Bree, M.B.B., Owen, M.J., O'Donovan, M.C. & Thapar, A. (2009). Molecular genetic contribution to the developmental course of attention-deficit hyperactivity disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 26-32.

- Lakatos, K., Toth, I., Nemoda, Z., Ney, K., Sasvari-Szekely, M. & Gervai, J. (2000). Dopamine D4 reseptor (DRD4) gene polymorphism is associated with attachment disorganization in infants. *Molecular Psychiatry*, 5, 633-637.
- Lange, G., Serrín, D., Carr, A., Dooley, B., Barton, V., Marshall, D., Mulligan, A., Lawlor, M., Belton, M. & Doyle, M. (2005). Family factors associated with attention deficit hyperactivity disorder and emotional children. *Journal of Family Therapy*, 27, 76-96.
- Lanza, G. (2011, febrero-marzo). *Mentalización: Aspectos teóricos y clínicos*. Comunicación presentada en el 12º congreso virtual de psiquiatría.
- Lavigne, R. & Romero, J.F. (2010).El TDAH. *¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?*. Pirámide. Madrid.
- Lecannelier, F., Ascanio, L., Flores, F. & Hoffmann, M. (2011). Apego & Psicopatología: Una Revisión Actualizada Sobre los Modelos Etiológicos Parentales del Apego Desorganizado. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 107-116. doi: 10.4067/S0718-48082011000100011.
- Lee, S.M., Daniels, M.H. & Kissinger, D.B. (2006).Parental Influences on adolescent adjustment: Parenting Styles versus parenting practices. *Family Journal: Couseling and Therapy for Couples and families*, 14(3), 253-259.
- Lengua, L. J. (2006).Growth in temperament and parenting as predictors of adjustment during children’s transition to adolescent. *Development Psychology*, 42 (5), 819-832.
- Leytón Avillés, P. (2004).Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad y alergia a alimentos. *Ciencia Pediatría*, 24 (24), 34-38.

- Lila, M., Buelga, S. & Musitu, G. (2006). *Las relaciones entre padres e hijos en la adolescencia*. Madrid: Ediciones Piramide.
- López, J.A., Serrano, I. & Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema*, 16(3), 402-407.
- López, J.A. & López, C. (2008). Conducta antisocial y delictiva en la adolescencia. Murcia: Servicio de publicaciones.
- López-Soler, C., Puerto, J.C., López-Pina, J.A. & Prieto, M. (2009). Percepción de los estilos educativos parentales e inadaptación en menores pediátricos. *Anales de psicología*, 25(1), 70-77.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and parent-infant dialogue: A longitudinal perspective from attachment research. *Journal of American Psychoanalytic Association*, 51 (3), 883-911.
- Machargo, J. (2002). *Manuales docentes de psicopedagogía. Psicología evolutiva*. Zaragoza: Vicerrectorado de desarrollo Institucional y Nuevas Tecnologías de la Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Mackie, S., Philip, S., Lenroot, R., Pierson, R., Greenstein, D.J., Nugent, T.F., Sharp, N.S., Giedd, J.N. & Rapoport, J.L. (2007). Desarrollo del cerebelo y evolución clínica en el trastorno. *American Journal Psychiatry*, 10, 432-440.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of new insecure-disorganized attachment pattern. En Brazelton, T. & Yogman, M. (Ed.), *in support of families*. Norwood: NJ.

- Marbán, J.M., Robledo, P., Díez, C., Garcia, J.N. & De caso, A.M. (2011). Desarrollo emocional y social. En Martín, C. & Navarro, J.I. (Ed.), *Psicología del desarrollo para docentes* (pp.115-130). Madrid: Pirámide.
- Marcelli, D. (2007). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Marrone, M. (2004). *La teoría del apego: Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Marrone, M. (2008). La teoría del apego como paradigma psicoanalítico. En Yarnoz, S. (Ed.), *La teoría del apego en la clínica, I: Evaluación y Clínica* (pp.15-36). Madrid: Psimática.
- Martin, A. J., Linfoot, K., & Stephenson, J. (2000). Exploring the cycle of mother-child relations, maternal confidence, and children's aggression. *Australian Journal of Psychology*, 52 (1), 34-40.
- Martínez, A. (2008). Cuestionario de Vinculación Parento-Filial. No publicado.
- Martínez, M., Buxarrais, M.R., Feixa, C., Gacia-Mila, M., Garrido,V., Giner, A., Marti, A., Martin, M., Nomen, J., Perez, I.P. & Tey, A. (2012). *Adolescencia, aprendizaje y personalidad. Problemas y soluciones en la educación secundaria*. Barcelona: Sello editorial.
- Martínez-León, N.C. (2006). Psicopatología del Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (2), 379-399.
- Mas, C. (2009). El TDAH en la práctica Clínica Psicológica. *Clínica y Salud*, 20 (3), 249-259.

- Matas, L., Arend, R.A. & Sroufe, L.A. (1978).Continuity of adaptation in the second year: The relationship between quality of attachment and later competence. *Child Development*, 49, 547-556.
- McLaughlin, D.P. & Harrison, C.A. (2006). Parenting practices of mothers of children with ADHD: The role of maternal and child factors. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(2), 82- 88.
- Mediavilla-Garcia, C. (2003). Neurobiología del trastorno de hiperactividad. *Revista de Neurología*, 36 (6), 555-565.
- Minde, K., Eakin, L., Hechtman,L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B. & Looper, K.J. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Child Psychology Psychiatry*, 44, 637-646.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S.V. & Jones, J. (1998). Further evidence of an association between maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder: findings from a high-risk sample of siblings. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 352–358.
- Mikulincer, M., Shaver, P. & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development and cognitive consequences of attachment-related strategie. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102.
- Miranda-Casas, A., Grau-Sevilla, D., Marco-Taberner, R. & Roselló, B. (2007). Estilos de disciplina en familias con hijos con Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: influencia en la evolución del trastorno. *Revista de Neurología*, 44 (2), 23-25.

- Miranda, A., Presentación, M.J., Colomer, C. & Roselló, B. (2011). Satisfacción con la vida de niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad: estudio de posibles factores de riesgo y de protección. *Revista de Neurología*, 52, 119-126.
- Mokrova, I., O'Brien, M., Calkins, S. & Keane, S. (2010). Parental ADHD symptomology and ineffective parenting: The connecting link of home chaos. *Parenting: Science and Practice*, 10, 119-135.
- Montiel-Nava, C., Montiel-Barbero, I. & Peña, J.A. (2005).Clima familiar en el trastorno por déficit de atención-hiperactividad. *Psicología Conductual*, 13 (2), 297-310.
- Moreno, I. (1998). *Hiperactividad: Prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Morrow, R.L., Garland, E.J., Wright, J.M., Maclure, M., Taylor, S. & Darmuth, C.R. (2012). Influence of relative age on diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Journal Canadian Medical Association*, 184 (7), 755-762.
- Mulvaney, M.K. & Mebert, C.J. (2007). Parental Corporal Punishment Predicts Behavior Problems in Early Childhood. *Journal of Family Psychology*, 21 (3), 387-397.
- Muris, P., Mayer, B. & Meesters, C. (2000). Self-reported attachment style, anxiety, and depression in children. *Social Behavior and Personality*, 28, 157-162.
- Muris, P., Meesters, C., Morren, M. & Moorman, L. (2004). Anger and hostility in adolescents: relationships withself-reported attachment style and perceived parentalrearing styles. *Journal of Psychosomatic Research*, 57 (3), 257-264.
- Musitu, G. & García, J.F. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema*, 16(2), 288-293.

Musitu, G. & García, F. (2004). *ESPA29, Escalas de estilos de socialización en la adolescencia*. Madrid: TEA ediciones.

Narr, K.L., Woods, R.P., Lin, J., Kim, J., Phillips, O.R., Del' Homme, M., Caplan, R., Toga, A.W., McCracken, J.T. & Levitt, J.G. (2009). Widespread cortical thinning is a robust anatomical marker for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Journal American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(10), 1014-1022.

Nelson, D. A. & Coyne, S.M. (2009). Children's Intent Attributions and Feelings of Distress: Associations with Maternal and Paternal Parenting Practices. *Abnorm Child Psychol*, 37, 223-237.

NICE clinical guideline 72. Attention deficit hyperactivity disorder. www.nice.org.uk/CG072. September 2008.

Ochoa, M.G., Ortega, H., Valencia, F.J., Cortés, F., Gutiérrez, M.A., Galicia, J. & Soriano, A.M. (2004). Perfusión sanguínea cerebral mediante SPECT en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 37(4), 145-155.

Oliva, A. (2009). Desarrollo social durante la adolescencia. En Palacios, J., Marchesi, A. & Coll, C. (Ed.), *Desarrollo psicológico y educación* (pp.493-517). Madrid: Alianza Editorial.

Oliva, A. & Arranz, E. (2011). *Nuevas familias y bienestar infantil*. Sevilla: Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones.

Oliva, F. & Parra, A. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y aprendizaje*, 24(2), 181-196.

- Oliva, A., Parra, A. & Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 31(1), 93-106.
- Organización Mundial de la Salud (2007). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Médica Panamericana, S.A.
- Orjales Villar, I. (2000). Déficit de atención con hiperactividad: el modelo híbrido de las funciones ejecutivas de Barkley. *Revista Complutense de educación*, 11 (1), 71-84.
- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. & Casullo, M. M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e Inteligencia Emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 319-341.
- Palacios, J. (1994). *Escala de Evaluación de Estilos Educativos (4E)*. Universidad de Sevilla.
- Pardo, M.E., Pineda, S., Carrillo, S. & Castro, J. (2006). Análisis Psicométrico del Inventario de Apego con Padres y Pares en una Muestra de Adolescentes Colombianos. *Revista Interamericana de Psicología*, 40, 289-302.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *Brittish Journal of Medical Psychology*, 52, 1-10.
- Parra, A. (2007). *Relaciones familiares y bienestar adolescente*. Madrid: Grupo editorial CINCA.
- Paulussen-Hoogeboom, M.C., Stams, G.J. J.M., Hermanns, J.M. A., Peetsma, T. T.D. & van den Wittenboer, G.L.H. (2008). Parenting Style as a Mediator Between Children's Negative Emotionality and Problematic Behavior in Early Childhood. *The Journal of Genetic Psychology*, 169(3), 209–226.

- Pedrero, E.J., Ruiz, J.M., Rojo, G., Llanero, M. & Puerta, C. (2011). Prevalencia del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adictos a sustancias: del cribado al diagnóstico. *Revista de Neurología*, 52, 331-340.
- Perris, C., Jaccobsson, L., Lindström H., Von Knorring, L. & Perris, H. (1980). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behaviour. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 265-274.
- Pérez, N., Navarro, I. & Martínez, A.B. (2011). El desarrollo del niño en la infancia (2-6 años). En Pérez, N. & Navarro, I. (Ed.), *Psicología del desarrollo humano. Del nacimiento a la vejez* (pp.65-101). Alicante: Editorial Club Universitario.
- Peris, T.S. & Hinshaw, S.P. (2003). Family dynamics and preadolescent girls with ADHD: the relationship between expressed emotion, ADHD symptomatology, and comorbid disruptive behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and allied disciplines*, 44, 1177-1190.
- Peters, K. & Jackson, D. (2008). Mothers' experiences of parenting a child with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (1), 62-71.
- Pfiffner, L. J. & McBurnett, K. (2006). Family Correlates of Comorbid Anxiety Disorders in Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34 (5), 725-35.
- Pierrehumbert, B., Karmaniola, A., Sieye, A., Meister, C., Miljkovitch, R., & Halfon, O. (1996). Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 161-206.

- Pineda, D.A., Ardila, A., Rosselli, M., Arias, B., Henano, G.C. & Gómez, L.F. (1999). Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4 to 17 year old children in the general population. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 455-462.
- Pineda, D.A., Puerta, I.C., Merchán, V., Arango, C.P., Galvis, A.Y., Velásquez, B., Gómez, M., Builes, A., Zapata, M., Montoya, P., Martinez, J., Salazar, E.O. & Lopera, F. (2003). Factores perinatales asociados con la aparición del trastorno por deficiencia de atención en niños de la comunidad colombiana ‘paisa’. *Revista de Neurología*, 36, 609-613.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S, Horta, B.L., Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942-948.
- Presentación, M.J. & Siegenthaler, R. (2005). Problemática asociada al TDAH subtipo combinado en una muestra escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 28 (3), 261-275.
- Prinzle, P., Onghena, P., Hellinckx, W., Grietens, H., Ghesquière, P. & Colpin, H. (2004). Parents and Child Personality Characteristics as Predictors of Negative Discipline and Externalizing Problem Behavior in Children. *European Journal of Personality*, 18, 73-102.
- Quinn, P.O. (2005). Treating adolescent girls and women with ADHD:gender specific issues. *Journal of Clinical Psychology*; 61(5), 579-587.
- Quintero, J., Navas, M., Fernández, A. & Ortiz, T. (2009). Avances en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. ¿Qué nos aporta la neuroimagen?. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 37 (6), 352-358.

- Ramos-Quiroga, J.A., Ribasés-Haro, M., Bosch-Munsó, R., Cormand-Rifà, B. & Casas, M. (2007). Avances genéticos en el trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de Neurología*, 44 (Supl 3), 51-52
- Ramtekkar, U.P., Reiersen, A.M., Todorov, A.A. & Todd, R.D. (2010). Diferencias de sexo y edad en los síntomas del trastorno por déficit de atención/hiperactividad y diagnóstico: Implicaciones para DSM-V y CIE-11. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(3). 217-228.
- Raya, A. F., Herreruzo, J. & Pino, M. J. (2008). El estilo de crianza parental y su relación con la hiperactividad. *Psicothema*, 20(4), 691-696.
- Riggs, S.A. & Jacobvitz, D. (2002). Expectant parent's representations of early attachment relationships: Associations with mental health and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 195-204.
- Rodriguez, F. (2009). Aspectos explicativos de comorbilidad en los TGD, el síndrome de Asperger y el TDAH: estado de la cuestión. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 4(1), 12-19.
- Rodulfo, M.P. (2011). El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia. En Benasayag, L. (Ed.), *ADDH.Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿una patología de mercado?* (pp.47-70). Buenos Aires: Noveduc.
- Román, M. (2011). Metodologías para la evaluación del apego infantil: De la observación de conductas a la exploración de las representaciones mentales. *Acción Psicológica*, 8(2), 27-38.

- Roselló, B., Pitarch, I. & Abad, L. (2002). Evolución de las alteraciones conductuales en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad tras la intervención farmacológica. *Revista de Neurología*, 34(Supl 1), 82-90.
- Rosnay, M. & Harris, P.L. (2002). Individual differences in children's understanding of emotion: The roles of attachment and language. *Attachment y Human Development*, 4(1), 39-54.
- Roy, A. (2008). The relationships between attention-deficit/hyperactive disorder (ADHD), conduct disorder (CD) and problematic drug use (PDU). *Drugs: education, prevention and policy*, 15(1), 55-75.
- Ruiz, C. (1999). La familia y su implicación en el desarrollo infantil. *Revista Complutense de Educación*, 10, (1), 289-304.
- Rutter, M. (2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Médica Panamericana.
- Samper, P., Cortés, M.T., Mestre, V., Nácher, M. J. & Tur, A. M. (2006). Adaptación del Child's Report of Parent Behavior Inventory a población española. *Psicothema*, 18(2), 263-271.
- San Sebastian, J., Soutullo, C. & Figueroa, A. (2010). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). En Soutullo, C. & Mardomingo, M.J. (Ed.), *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 55-76). Madrid: Médica Panamerica.
- Schatz, D.B. & Rostain, A.L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*, 10, 141-149.

- Seidman, L.J., Valera, E.M. & Makris, N. (2005). Structural brain imaging of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 1263-1272.
- Seipp, C. M. & Johnston, C. (2005). Mother-Son Interactions in Families of Boys With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With and Without Oppositional Behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (1), 87-98.
- Servera, M. (2002). *Intervención en los Trastornos del Comportamiento Infantil. Una Perspectiva Conductual de Sistemas*. Madrid: Piramide.
- Servera, M. (2005). Modelo de autorregulación de Barkley aplicado al trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una revisión. *Rev Neurol*, 40 (6), 358-368.
- Servera, M. (2007). Versión en Español del Alabama Parenting Questionnaire (APQ). Versión para padres. Documento no publicado. mservera@gmail.com.
- Servera, M., Bornas, X. & Moreno, I. (2001). Hiperactividad infantil: conceptualización, evaluación y tratamiento. En Caballo, V.E. & Simón, M.A. (Ed.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente: trastornos generales* (pp. 401-403). Madrid: Pirámide.
- Shaffer, D.R. (2002). *Desarrollo social y de la personalidad*. Madrid: Thomson.
- Shelton, K. K., Frick, P. J. & Wootton, J. M. (1996). Assessment of parenting practices in families of elementary school-age children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25 (3), 317-329.
- Siegel, D.J. (2007). *La mente en desarrollo. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser*. España: Desclee De Brouwer.
- Silva, F. & Martorell, MC. (2001). BAS-3 *Batería de socialización* (Autoevaluación). Madrid: TEA Ediciones.

- Silva, F. & Martorell, MC. (2001). BAS-1-2. *Batería de socialización* (para profesores y padres). Madrid: TEA Ediciones.
- Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Solanto, M.V. (2002). Dopamine dysfunction in AD/TH: Integrating clinical and basic neuroscience research. *Behavioural brain research*, 130, 65-71.
- Solem, M.B., Christophersen, K.A. & Martinussen, M. (2011). Predicting parenting stress: Children's behavioural problems and parents' coping. *Infant and Child Development*, 20, 16, 162-180.
- Soliva, J.C. & Vilarroyo, O. (2009). Aportaciones de la resonancia magnética estructural al esclarecimiento de la neurobiología del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: hacia la identificación de un fenotipo neuroanatómico. *Revista de Neurología*, 48(11), 592-598.
- Solomon, J., George, C. & De Jong A. (1995). Children as controlling at age six: Evidence of disorganized representational strategies and aggression at home and at school. *Development and Psychopathology*, 7, 447-467.
- Solomon, J. & George, C. (1999). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press.
- Soutullo, C. & Díez, A. (2007). *Manual diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Buenos Aires; Madrid: Médica Panamericana.
- Sroufe, A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21, 67-74.

- Stiefel, I. (1997). Can Disturbance in Attachment Contribute to Attention Deficit Hiperactivity Disorder A case Discussion. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2(1), 45-64.
- Stormshak, E.A., Bierman, K.L., McMahon, R.J. & Lengua LJ. (2000). Parenting practices and child disruptive behavior problems in early elementary school. *Journal Clinical Psychology*; 29, 17-29.
- Sushevska, L., Olumchev, N., Savaeska, M. & Kadri, H. (2011). Analysis of Subtypes and Other Associated Conditions of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) in School Population from 6 to 12 Years of Age. *Scientific Journal of the Faculty of Medicine in Niš*, 28(1), 53-58.
- Tallis, J. (2008). Neurología y trastorno por déficit de atención: Mitos y realidades. En Janin, B. (Ed.), *Niños desatentos e hiperactivos, ADD-ADHD: Reflexiones críticas acerca del Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad* (pp.187-223). Madrid: CEP S.L.
- Target, M., Fonagy, F., & Shmueli-Goetz, Y. (2003). Attachment representation in school-age children:The development of the Child Attachment Interview (CAI). *Journal of Child Psychotherapy*, 29, 171–186.
- Teicher, M.H., Anderson, C.M. & Polcari, A. (2000). Functional déficits in children with attention déficit hyperactivity disorder shown with functional magnetic resonance imaging relaxometry. *Nature Medicine*, 6, 470-474.
- Torío, S., Peña, J.V. & Rodriguez, M.C. (2008). Estilos educativos parentales. Revisión bibliográfica y reformulación teórica. *Teoría de la Educación*, 20, 151-178.

- Torok, M., Darke, S. & Kaye, S. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Severity of Substance Use: The Role of Comorbid Psychopathology. *Psychology of Addictive Behaviors*. doi: 10.1037/a0027846.
- Towe-Goodman, N.M. & Douglas, M.T. (2008). Power Assertive Discipline, Maternal Emotional Involvement, and Child Adjustment. *Journal of Family Psychology*, 22(3), 648-651.
- Trallero, J.T. (2005). La familia como factor de riesgo en psicopatología infantil. En Ezpeleta, L. (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp.291-318). Barcelona: Masson.
- Troisi, A., Dargenio, A., Peracchio, F. & Petti, P. (2001). Insecure Attachment and alexithymia in Young men with mood symptoms. *Journal of Nervous y Mental Disease*, 185(5), 311-316.
- Tung, I., Li, J.J. & Lee, S.S. (2012). Child sex moderates the association between negative parenting and childhood conduct problems. *Aggressive Behavior*, 38, 239-251.
- Tur, A.M., Mestre, M.V. & Del Barrio, V. (2004). Factores Moduladores de la Conducta Agresiva y Prosocial. El Efecto de los Hábitos de Crianza en la Conducta del Adolescente. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 75-88.
- Tur, A.M., Mestre, M.V, Samper, P. & Malonda, E. (2012). Crianza y agresividad de los menores: ¿es diferente la influencia del padre y de la madre?. *Psicothema*, 24(2), 284-288.
- Tzang, R.F., Chang, Y.C. & Liu, S.I. (2009). The association between children's ADHD subtype and parenting stress and parental symptoms. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 13, 318-325.

- Ulloa, R.E., Sánchez, S., Saucedo, J. M. & Ortiz, S. (2006). Psicopatología asociada al trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños de edad escolar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), 330-335.
- Valdivia, M.C. (2010). *Madres y padres competentes. Claves para optimizar las relaciones con nuestros hijos e hijas*. Barcelona: Editorial GRAÓ.
- Valdizán, J.R., Mercado, E. & Mercado-Undanivia, A. (2007). Características y variabilidad clínica del trastorno por déficit de atención/hiperactividad en niñas. *Revista de Neurología*, 44(supl. 2), 27-30.
- Valera, E.M., Faraone ,S.V, Murray, K.E. & Seidman, L.J. (2007). Metaanalysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*; 61,1361-1369.
- Vaquerizo-Madrid, J. (2005). Hiperactividad en el niño preescolar: descripción clínica. *Revista de Neurología*, 40 (Supl 1), 25-32.
- Vargas, L.A., Palacios, L., González, G. & De la Peña, F. (2008).Trastorno Obsesivo-Compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda Parte. *Salud Mental*, 31(4), 283-289.
- Vasen, J. (2011). *Una nueva epidemia de nombres impropios. El DSM-V invade la infancia en la clínica y las aulas*. Buenos Aires: Noveduc.
- Vázquez, C., Sánchez, A. & Romero,N. (2011).Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En Caballo, V.E., Salazar, I.C. & Carroble, J.A. (Ed.), *Manual de Psicopatología y trastornos psicológicos* (pp.92-113). Madrid: Pirámide.

Wallin, D.J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Watkins, S.J. & Mash, E.J. (2009). Sub-clinical levels of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and self-reported parental cognitions and behaviours in mothers of young infants. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 27(1), 70-88.

West, M., Rose, M.S., Spreng, S., Sheldon-Keller, A., y Adam, K. (1998). Adolescent attachment questionnaire. A brief assessment of attachment in adolescence. *Journal of youth and adolescence*, 27(5), 661-673.

Whalen, C.K., Odgers, C.L., Reed, P.L. & Henker, B. (2011). Dissecting daily distress in mothers of children with ADHD: An electronic diary study. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 402-411.

Wilson, S.L. (2009). Attending to relationships. Attachment formation within families of internationally adopted children. *Top Lang Disorders*, 29(1), 18-31.

Wolfson, L. & Grant, E. (2006). Authoritative parenting and parental stress in parents of preschool and older children with developmental disabilities. *Child care, Health and Development*, 32, 177-184.

Wright, J.C., Binney, V., & Smith, P.K. (1995). Security of attachment in 8- to 12-year-olds: A revised version of the Separation Anxiety Test, its psychometric properties, and clinical interpretation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 757-774.

10. ANEXOS

Anexo A. Carta para la búsqueda de colaboración en la recogida de la muestra.

Anexo B. Carta para las familias que colaboran en la investigación.

Anexo C. Preguntas para la recogida de los datos demográficos y familiares.

Anexo D. Cuestionarios utilizados en el estudio

Cuestionarios rellenados por los padres.

D.1. Behavior Assessment System for children. (BASC). Versión Española.

D.1.1. Ítems para el nivel de primaria.

D.1.2. Ítems para el nivel de secundaria.

D.2. Cuestionario de Vinculación Parento-Filial.

D.3. Versión Española para padres: Alabama Parenting Questionnaire (APQ).

Cuestionarios rellenados por los adolescentes.

D.4. Behavior Assessment System for children. (BASC). Versión Español.

D.5. Versión Española para adolescentes: Alabama Parenting Questionnaire (APQ).

D.6. The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA).

Anexo E. Figuras.

Anexo A. Carta para la búsqueda de colaboración en la recogida de la muestra.



Facultad de Psicología y Educación
Psikologia eta Hezkuntza Fakultatea

Bilbao, 12 de Diciembre de 2011

Querido Director/a, o profesor/a:

Mi nombre es Estefanía Santurde del Arco y me dirijo a usted para solicitarle su colaboración en la Investigación que actualmente estamos llevando a cabo, sobre las relaciones y conductas familiares. La investigación se enmarca en el Programa de Doctorado de la Universidad de Deusto (Psicología). Esta investigación tiene como objetivo conocer aspectos relacionados con las interacciones padre-hijo para crear en un futuro intervenciones específicas que beneficien el desarrollo de estos niños tanto en su familia como en la escuela.

Le pedimos, por favor, que hagan llegar a los padres con un hijo diagnosticado de TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad) que pueda estar escolarizado en su centro, **una carta** en la que se le informa de la investigación y se le solicita su colaboración, así como, el **cuestionario** que deben rellenar. Los padres deberán contestar una serie de preguntas a través de un cuestionario. El **cuestionario lo rellenan los padres o los niños**. Es decir, esto no supone una carga para el colegio.

Sus respuestas serán tratadas de manera confidencial. Esto quiere decir que son sólo los datos los que interesan, únicamente para las estadísticas de la investigación. Dicho de otra forma, **no es necesario identificar ni el nombre ni el curso, ni ningún otro dato sobre el niño**. El contenido de los cuestionarios que les pedimos que completen NUNCA serán conocidos por ninguna otra persona ajena a mí, de tal manera que puedan asociarlos con el sujeto evaluado. Por ello, me comprometo formalmente a la confidencialidad a la que obliga la actual legislación.

Al finalizar la investigación enviaremos al centro un ejemplar del trabajo para que conozcan los resultados. Si tienen alguna duda les ruego se pongan en contacto conmigo en el número de teléfono 653280118, o escribiéndome un correo al: esanturde@opendeusto.es.

Ojalá pueda ayudarnos en esta tarea, apoyar la investigación educativa es tarea de todos y todas.

Estefanía Santurde del Arco
Investigadora de Doctorado en Psicología

Delfín Montero Centeno
Profesor titular y director de la tesis



Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea
Apartado 1
48080 Bilbao
Tel. 944 139 248 - 944 139 045
Fax 944 139 089
psicologiayeducacion@deusto.es
www.psicologiayeducacion.deusto.es

Anexo B. Carta para las familias que colaboran en la investigación.



Facultad de Psicología y Educación
Psikologia eta Hezkuntza Fakultatea

Querido padre o madre:

Mi nombre es Estefanía Santurde del Arco y me dirijo a ustedes para solicitarles su colaboración en una Investigación que actualmente estamos llevando a cabo, sobre las **relaciones y conductas familiares de niños con TDAH**. La investigación se enmarca en el Programa de Doctorado de la Universidad de Deusto (Psicología). Esta investigación tiene como objetivo conocer aspectos relacionados con las interacciones padre-hijo para crear en un futuro programas específicos que puedan beneficiar el desarrollo de sus hijos o hijas.

Ojalá se animen a ayudarnos contestando una serie de preguntas a través de un cuestionario. En los casos en los que su hijo este cursando secundaria, su hijo o hija también deberá rellenar otro cuestionario.

Sus respuestas serán tratadas de manera confidencial. Esto quiere decir que son sólo los datos los que interesan, únicamente para las estadísticas de la investigación. El contenido de los cuestionarios que le pedimos que completen NUNCA serán conocidos por ninguna otra persona ajena a mí, de tal manera que pueda asociarlos a su hijo o hija. Por ello, me comprometo formalmente a la confidencialidad a la que obliga la actual legislación.

El tiempo que va a necesitar para contestar al cuestionario será de 15 minutos.

Al finalizar la investigación enviaremos al centro un ejemplar del trabajo para que conozcan los resultados generales de la investigación. En este ejemplar sólo aparecerán datos globales, nunca de niños en concreto. Si tienen alguna duda les ruego se pongan en contacto conmigo en el número de teléfono 653280118.

Esperando su apoyo y colaboración reciba mi más cordial saludo.

Bilbao, 12 de Diciembre de 2011

Fdo. Estefanía Santurde del Arco.
Lda. Psicopedagogía
Investigadora de Doctorado en Psicología

Fdo. Delfin Montero Centeno
Profesor titular y director de la
investigación

Universidad de Deusto
Deustuko Unibertsitatea
Apartado 1
48080 Bilbao
Tel. 944 139 248 - 944 139 045
Fax 944 139 089
psicologiayeducacion@deusto.es
www.psicologiayeducacion.deusto.es



Anexo C. Preguntas para la recogida de los datos demográficos y familiares.

- Edad de su hijo/a: _____
- Género de su hijo/a (marque una X):
Niño ☐
Niña ☐
- Indique con una (x) el número de veces que ha repetido su hijo/a: 0 1 2
- Escriba la ciudad /pueblo... donde reside su hijo/a con su familia: _____
- Indique con una (x) el Estilo de Familia en la que vive su hijo/a:

1-El padre y la madre biológicos están conviviendo en el mismo hogar con su hijo/a

2-El niño/a vive solamente con el padre o la madre

Si este es su caso:

-Señale la persona que vive con el niño/a: Padre ☐ Madre

-Señale el motivo de esta situación:

-Madre Soltera

-Separación

-Divorcio

-Viudedad

-Otros:.....

3-El padre o la madre biológico se ha unido a otra persona y conviven con el niño/a

- Indique si el niño/a está en fase de acogimiento familiar: Si/No
Si es su caso, señale desde cuando: _____
- Indique si es el niño/a es adoptado: Si/No
-Escriba la edad que tenía el niño/a cuando le adoptaron _____
-Escriba los años que lleva el niño/a conviviendo en la familia adoptiva _____
-Escriba el País de donde procede su hijo/a: _____
- Escriba el número de hermanos y hermanas que tiene el niño/a (sin contarle a él/ella):
-Nº de hermanos biológicos: _____
-Lugar que ocupa entre los hermanos biológicos (ejemplo: si es el primero, segundo... por la edad): _____
-Nº de hermanastros/as: _____
-Lugar que ocupa entre los hermanastros (ejemplo: si es el primero, segundo... por la edad): _____
- Indique con una (x) la persona que va a contestar a las preguntas del cuestionario:
Padre
Madre
Ambos

Aunque sea tan solo uno de los padres quien este rellenando el cuestionario, es fundamental que nos proporcionen a continuación la edad y nivel de escolaridad de ambos padres biológicos.

- Escriba a continuación la edad que tiene tanto el padre como la madre biológicos:

Padre biológico _____

Madre biológica _____

- Indíquelo con una cruz(x) el **nivel máximo** alcanzado de escolaridad que tiene cada uno de los padres biológicos.

	PADRE	MADRE
1. Sin Estudios o sin la ESO.		
2. Sin la ESO o con el Graduado Escolar.		
3. Ciclo formativo de grado medio.		
4. Ciclo formativo de grado superior o Bachillerato		
5. Título de Diplomatura.		
6. Título de Licenciatura o Arquitectura		

- SI SU HIJO/A ESTÁ DIAGNOSTICADO DE TDAH (*Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*) indique con una cruz(x) el subtipo del que está diagnosticado:

-Hiperactividad más impulsividad

-Sólo déficit de atención

-Hiperactividad+ impulsividad +déficit de atención

- ¿Cuántos años tenía el niño/a cuando lo diagnosticaron?

- Indique el centro/unidad (lugar) donde se ha diagnosticado a su hijo/a:

- Escriba si además del diagnóstico señalado arriba, su hijo/a ha sido diagnosticado de otra patología, enfermedad (escriba la patología)_____

- Indique desde su percepción como padre/madre el nivel que observa en su hijo de déficit de atención e hiperactividad poniendo una (x) en un número del 1 al 7 (1: nada y 7: mucho):

-Déficit de atención: 1 2 3 4 5 6 7

-Hiperactividad: 1 2 3 4 5 6 7

- SI SU HIJO/A NO ESTÁ DIAGNOSTICADO DE TDAH (*Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*) indique poniendo una (x) en un número del 1 al 7 (1: nada y 7: mucho) si cree/piensa que su hijo/a puede tener:

-Déficit de atención: 1 2 3 4 5 6 7

-Hiperactividad: 1 2 3 4 5 6 7

PARA TODOS LOS PADRES Y MADRES, TENGAN O NO HIJOS DIAGNOSTICADOS

- ¿Su hijo/a está diagnosticado de otro trastorno que no sea TDAH?: Si /No

-Escriba el trastorno/patología: _____

-Desde cuando está diagnosticado: _____

- ¿Actualmente su hijo/a está siendo medicado por los síntomas de atención o hiperactividad?: Si/No
 - Escriba cuando comenzó a tomar la medicación (mes y año): _____
 - Escriba el medicamento que está tomando: _____

- ¿Actualmente su hijo/a está recibiendo atención Psicológica, Psicopedagógica o Logopédica?(Ponga una x en las opciones siguientes)

-Atención Psicológica	Si/No ☐	¿Desde cuándo la recibe? _____
-Atención Psicopedagógica	Si/No ☐	¿Desde cuándo la recibe? _____
-Atención Logopédica	Si/No ☐	¿Desde cuándo la recibe? _____

Anexo D. Cuestionarios utilizados en el estudio.

Cuestionarios rellenos por los padres.

D.1. Behavior Assessment System for children. (BASC). Versión Español.

D.1.1. Ítems para el nivel de primaria.

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren a situaciones sobre el **COMPORTAMIENTO DE SU HIJO/A**. Por favor, evalúe cada afirmación según lo que ocurre habitualmente y señale con una cruz la respuesta.

	Nunca	Alguna Vez	Frecuente mente	Casi siempre
40. Insulta a otros niños.				
41. Muestra falta de interés por los sentimientos de los demás.				
42. Se desanima enseguida cuando tiene que aprender algo nuevo.				
43. Usa un lenguaje obsceno.				
44. Pega a otros niños.				
45. Rompe las cosas de otros niños.				
46. Es cruel con los animales.				
47. Actúa siguiendo el primer impulso que se le ocurre.				
48. Se burla de los demás.				
49. Es excesivamente activo.				
50. Critica a los demás.				
51. Tiene amigos problemáticos.				
52. Tiene peleas y discusiones intensas.				
53. Miente para evitarse problemas.				
54. Se distrae fácilmente				
55. Reta a otros chicos a hacer ciertas cosas.				
56. Se le castiga en el colegio.				
57. Escucha atentamente.				
58. Se mete en problemas.				
59. Termina su trabajo a tiempo.				
60. Tiene problemas con la policía.				
61. Hace todos sus deberes sin descansar.				
62. Amenaza con hacer daño a los demás.				
63. Hace mucho ruido cuando juega.				
64. Ha sido expulsado temporalmente del colegio.				
65. Cuando está viendo una película no para quieto.				
66. Tiene muy mal perder.				
67. Se mete en líos en su barrio.				
68. Miente				
69. Se olvida de las cosas.				
70. Protesta cuando no se le deja hacer lo que quiere.				
71. Su hijo atiende a las instrucciones.				
72. Se queja de las normas.				
73. Hace trampas.				
74. Discute con sus padres.				
75. Dice: "Me pongo muy nervioso en los exámenes"				
76. Cambia rápidamente de Humor				
77. Dice: "Esto no se me da bien"				
78. Dice: "Nadie me comprende"				
79. Dice: "Me parece que me voy a equivocar"				

80.Dice: "No tengo amigos"				
81.Se esfuerza demasiado por agradar a otros				
82.Dice: "Quiero matarme"				
83.Se preocupa por cosas que no tienen arreglo				
84.Dice: "Soy muy feo"				
85.Se preocupa				
86.Dice: "Me gustaría morirme"				
87.Dice: "No le caigo bien a nadie"				
88.Esta triste				
89.Tiene miedo de la muerte				
90.Llora con facilidad				
91.Se disgusta fácilmente				
92.Se frustra con facilidad				
93.Se queja de no tener amigos				

D.1.2. Ítems para el nivel de secundaria.

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren a situaciones sobre el **COMPORTAMIENTO DE SU HIJO/A**. Por favor, evalúe cada afirmación según lo que ocurre habitualmente y señale con una cruz la respuesta.

	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Casi siempre
40.Miente.				
41.Trata a los demás de forma dominante.				
42.Usa un lenguaje obsceno.				
43. Actúa siguiendo el primer impulso que se lo ocurre.				
44.Protesta cuando no se le deja hacer lo que quiere.				
45.Se olvida de las cosas.				
46.Le influyen más sus amigos que sus padres				
47.Tiene problemas con la policía.				
48.Hace todos sus deberes de principio a fin sin descanso.				
49.Actúa sin pensar.				
50.Amenaza con hacer daño a los demás.				
51.Roba cosas en casa.				
52.Tiene muy mal perder.				
53.Consume drogas.				
54.Su atención abarca un campo reducido.				
55.Da golpecitos reiterados con los pies o con el lápiz.				
56.Coacciona e intimida a otros.				
57.Se queja de la policía o de otras autoridades.				
58.Tiene peleas y discusiones intensas.				
59.Se burla de los demás.				
60.Miente para evitarse problemas.				
61.Se distrae fácilmente.				
62.Se mete en líos en su barrio.				
63.Rompe las cosas de otros niños.				
64.Consume bebidas alcohólicas.				
65.Culpa a los demás.				
66.Cuando está viendo una película no para quieto.				
67.Tiene amigos problemáticos.				
68.Le cuesta concentrarse.				
69.Pega a otros niños.				
70.Ha sido expulsado temporalmente del colegio.				
71.Reta a otros chicos a hacer ciertas cosas.				
72.Se aburre y se cansa enseguida de lo que está haciendo				
73.Hace trampas.				
74.Termina su trabajo a tiempo.				
75.Se escapa de casa de noche.				
76.Atiende a las instrucciones.				
77.Dice: "Esto no se me da bien"				
78.Cambia rápidamente de humor				
79.Dice:"Me parece que me voy a equivocar"				
80.Dice que se ríen de él				
81.Es miedoso				
82.Dice:"Nadie me comprende"				
83.Es nervioso				
84.Dice:"No me soporto"				
85.Le cuesta dormirse por las noches				
86.Dice:"Quiero matarme"				
87.Dice:"Me gustaría morirme"				

	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Casi siempre
88.Se despierta asustado por sus sueños				
89.Dice:”No le caigo bien a nadie”				
90.Se pone enfermo antes de los exámenes importantes				
91.Está triste				
92.Se preocupa por cosas que no tienen arreglo				
93.Hace pucheros				
94.Llora con facilidad				
95.Tiene miedo de la muerte				
96.Se disgusta fácilmente				

D.2. Cuestionario de Vinculación Parento-Filial.

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren A ACTITUDES QUE SU HIJO/A PUEDE PRESENTAR EN ALGUNA OCASIÓN.

	Inexistente , no ocurre Nunca.	Muy pocas veces.	Pocas veces.	A veces.	Bastant es veces.	Muchas veces	Siempre
139.Responde positivamente (deseo de participar o colaborar) ante muchas de las actividades que le propongo para realizar juntos.							
140.Es capaz de estar con sus iguales (amigos, primos de su edad...) y pasarlo bien sin requerir para ello mi presencia.							
141.Tiene iniciativa para entablar una relación conmigo (juego, conversación...)							
142.Cuando realizamos juntos actividades que le pueden suponer cierto grado de desafío (juegos, deportes, tareas escolares...) actúa según su criterio sin pedirme consejo o ayuda aunque eso la suponga fallar o lastimarse.							
143.Prefiere estar conmigo que con otros adultos, aunque si no estoy o me voy puede disfrutar o relacionarse con ellos si son conocidos.							
144.Es capaz de dejarse ayudar u orientar por mí cuando estamos realizando actividades que le pueden suponer cierto grado de dificultad (deportes, tareas escolares, juegos...)							
145.Da claros síntomas de que le agrada mi presencia cuando está desarrollando alguna actividad (dirige a veces su atención hacia mí, está tranquilo...), pero si me voy o no estoy es capaz de asumirlo y realizarlo igualmente.							
146.Disfruta realizando actividades y estando con personas diferentes a mi (excursiones con la escuela, dormir en casa de un amigo, estar con otros familiares...) y a la vuelta es capaz de transmitirme cómo se lo ha pasado.							

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren a SENTIMIENTOS, PENSAMIENTOS, O CONDUCTAS DE USTED HACIA SU HIJO/A. Indique en que medida reflejan su parecer.

	Inexistente , no ocurre Nunca.	Muy pocas veces.	Pocas veces.	A veces.	Bastantes veces.	Muchas veces	Siempre
147. Pienso que deberían ser otros agentes (escuela, abuelos...) quien enseñasen a mi hijo/a los aspectos más importantes de la vida.							
148. Pienso que ser un niño/a te exime de enfrentarte a momentos y situaciones estresantes en la vida.							
149. No oculto a mi hijo/a mis verdaderos sentimientos (alegría, tristeza...) para poder compartirlo con ellos y pueden entenderlos y entenderme.							
150. No es necesario demostrarle físicamente mi cariño (abrazos, caricias...) porque ya es conocedor/a de mis sentimientos hacia el/ella.							
151. En general me resulta más fácil que interiorice o aprenda mejor las cosas riéndole o castigándole que explicándole.							
152. Pienso que el/ella es como es y yo poco puedo hacer para cambiarlo.							
153. Tengo miedo de que pase por lo mismo que pasé yo y lucho enérgicamente para evitarlo.							
154. Disfruto entrando en contacto físico con mi hijo/a (caricias, cosquillas...)							
155. Es mejor que mi hijo/a pase el mayor tiempo posible junto a sus padres sin tener porque pasar tiempo con otra gente.							
156. Me gustaría que tuviera mayor edad de la que tiene.							
157. Prefiero ceder o cubrirle sus deseos, necesidades o demandas antes que verle llorar.							
158. Comparto con mi hijo ciertas aficiones (culturales, deportivas, juegos...) a las que asistimos o realizamos con cierta frecuencia.							
159. Me da miedo que salga a la calle con sus iguales (amigos...) por lo que le pueda pasar.							
160. Pienso que a veces hace las cosas para fastidiarme.							
161. Lo mejor para mi hijo/a es que nunca este separado (más de un día) de sus padres.							
162. A lo largo del día (de cada día) hay un rato que comparto con mi hijo(cena con el, buscarle a la escuela, juego compartido...)							

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren a ACTITUDES DE SU HIJO/A EN EL MOMENTO DE REENCUENTRO CON USTED, DESPUÉS DE UN PERIODO EN EL QUE HAN PERMANECIDO UN TIEMPO SEPARADOS (ejemplos: usted se ha ausentado, se ha marchado a una excursión...).

	Inexistente , no ocurre Nunca.	Muy pocas veces.	Pocas veces.	A veces.	Bastantes veces.	Muchas veces	Siempre
163.Se interesa explícitamente por lo que he hecho (me pregunta dónde he estado, con quien, que actividades he realizado...)							
164.Se mantiene a cierta distancia física, se aleja, adopta una postura física en la que es difícil comunicarnos, o ignora pasivamente mi presencia.							
165.A través de sus movimientos, posturas y tonos de voz se muestra muy cercano en forma más infantilizada, como si tuviera menos años de los que tiene.							
166.Adopta una postura activa de enfrentamiento (me rechaza abiertamente, intenta dejarme en evidencia...)							
167.Busca mayor contacto físico y emocional por un rato, aunque luego es capaz de recuperar la distancia habitual.							
168. Está interesado en algún juego, juguete u otra actividad, por lo que no está muy receptivo, o aunque sí lo esté rápidamente se va en busca de dichas actividades.							
169.Muestra hostilidad, ambivalencia (intercala conductas positivas y negativas hacia mi) o signos de ansiedad y tristeza.							
170.Adopta posturas protectoras y solícitas hacia mí o se le ve muy excitado y nervioso (saltando, dando palmas, o haciendo el “payaso”)							
171.Si bien muestra un claro interés se le ve relativamente tranquilo.							

D.3. Versión Española para padres: Alabama Parenting Questionnaire (APQ).

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren A SITUACIONES SOBRE SU FAMILIA. Por favor, evalúe cada afirmación según lo que ocurre habitualmente y señale con una cruz la respuesta.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A Menudo	Siempre
97.Tiene charlas amistosas con su hijo.					
98.Le hace saber a su hijo cuando está haciendo un buen trabajo.					
99.Amenaza con castigar a su hijo y luego realmente no lo hace.					
100.Ayuda a su hijo en actividades propias (actividades que le gustan) en las que participa.					
101.Premia o da algo extra a su hijo cuando le obedece o se porta bien.					
102.Su hijo no le deja notas ni le dice adónde va.					
103.Juega o hace otras cosas divertidas con su hijo.					
104.Su hijo le convence para que no le castigue después de haberse portado mal.					
105.Le pregunta a su hijo sobre cómo le ha ido el día en el colegio.					
106.Su hijo sigue estando fuera por la tarde/noche pasada la hora en que se supone que debería estar en casa.					
107.Ayuda a su hijo con los deberes.					
108.Siente que el hecho de conseguir que su hijo le obedezca le da tantos problemas que no le compensa.					
109.Felicita a su hijo cuando hace algo bien.					
110.Le pregunta a su hijo qué va a hacer durante el día.					
111.Lleva a su hijo a sus actividades preferidas.					
112.Alaba a su hijo cuando se porta bien.					
113.Su hijo sale con amigos que usted no conoce.					
114.Abraza o besa a su hijo cuando ha hecho algo bien.					
115.Su hijo sale sin tener una hora límite para volver a casa.					
116.Habla con su hijo sobre sus amigos.					
117.Su hijo está fuera sin ningún adulto cuando ya es de noche.					
118.Permite que su hijo pueda escaparse de un castigo enseguida.					
119.Su hijo colabora en las decisiones familiares					
120.Está tan ocupado que olvida dónde está su hijo y qué está haciendo.					
121.No castiga a su hijo cuando hace algo malo.					
122.Acude a las reuniones de los padres con los profesores o a otras reuniones de la escuela de su hijo.					
123.Le dice a su hijo que le gusta cuando colabora en casa.					
124.No controla que su hijo vuelva a casa a la hora que debería hacerlo.					
125. No le dice a su hijo adónde se va usted.					
126.Su hijo vuelve a casa después de la escuela una hora más tarde de lo esperado.					
127.El castigo que le da a su hijo depende de su estado de ánimo.					

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A Menudo	Siempre
128.Su hijo está en casa sin supervisión de ningún adulto.					
129.Pega a su hijo con la mano cuando ha hecho algo mal.					
130.Ignota a su hijo cuando se ha portado mal.					
131. Abofetea a su hijo cuando hace algo mal.					
132.Quita privilegios o dinero a su hijo como castigo.					
133.Envía a su hijo a su habitación como castigo.					
134.Golpea a su hijo con un cinturón u otro objeto cuando hace algo malo.					
135.Da voces o grita a su hijo cuando hace algo malo.					
136.Explica calmadamente a su hijo por qué u conducta fue errónea cuando se ha portado mal.					
137.Usa “tiempo fuera” como castigo(es decir, manda a su hijo a una habitación, un rincón o lo sienta en una silla para que se esté un tiempo como castigo).					
138.Pone a su hijo tareas extra como castigo.					

Cuestionarios rellenos por los adolescentes.

D.4. Behavior Assessment System for children. (BASC). Versión Español.

Instrucciones: A continuación encontrarás una serie de frases sobre cómo piensas, sienten y se comportan algunos chicos y chicas. Nos gustaría saber cuáles son las que te ocurren a ti. Lee cada frase detenidamente. Si lo que se dice en una de ellas te ocurre a ti, marca con un (X) el cuadrado donde pone “verdadero”

	Verdadero	Falso
172.Miento		
173.Trato a los demás de forma dominante.		
174.Uso un lenguaje obsceno.		
175. Actúo siguiendo el primer impulso que se me ocurre.		
176.Protesto cuando no me dejan hacer lo que quiero.		
177.Se me olvidan las cosas.		
178.Me influyen más mis amigos que mis padres		
179.Tengo problemas con la policía.		
180.Hago todos mis deberes de principio a fin sin descanso.		
181.Actúo sin pensar.		
182.Amenazo con hacer daño a los demás.		
183.Robo cosas en casa.		
184.Tengo muy mal perder.		
185.Consumo drogas.		
186.Mi atención abarca un campo reducido.		
187.Doy golpecitos reiterados con los pies o con el lápiz.		
188.Coacciono e intimida a otros.		
189.Me quejo de la policía o de otras autoridades.		
190.Tengo peleas y discusiones intensas.		
191.Me burlo de los demás.		
192.Miento para evitarme problemas.		
193.Me distraigo fácilmente.		
194.Me mete en líos en mi barrio.		
195.Rompo las cosas de otros niños.		
196.Consumo bebidas alcohólicas.		
197.Culpo a los demás.		
198.Cuando estoy viendo una película no para quieto.		
199.Tengo amigos problemáticos.		
200.Me cuesta concentrarme.		
201.Pego a otros niños.		
202.He sido expulsado temporalmente del colegio.		
203.Reto a otros chicos a hacer ciertas cosas.		
204.Me aburro y me canso enseguida de lo que estoy haciendo		
205.Hago trampas.		
206.Termino mi trabajo a tiempo.		
207.Me escapa de casa de noche.		
208.Atiendo a las instrucciones.		
209.A menudo tengo pesadillas.		
210.Algunas cosas sin importancia me molestan mucho.		
211.Creo que soy tonto comparado con mis amigos.		
212.La mayor parte del tiempo estoy preocupada.		
213.La vida se está volviendo cada vez peor.		
214.Me cuesta mucho tomar decisiones.		
215.Nada me sale bien.		
216.Me da miedo que un profesor me ponga en ridículo.		
217.Nada me sale como yo quisiera.		
218.Me pongo nervioso cuando las cosas no me salen bien		
219.Nadie me entiende.		
220.Me preocupa con frecuencia que me pueda ocurrir algo malo.		

	Verdadero	Falso
221.No hay nada que este bien en mi.		
222.Me preocupa lo que la gente piensa de mi.		
223.Nunca me escucha nadie.		
224.Me preocupo cuando me voy a la cama por la noche.		
225. Nunca tengo nada divertido que hacer.		
226. Me preocupo por cosas que tienen poca importancia.		
227. Parece que no puedo hacer nada bien.		
228. Me preocupo por lo que vaya a pasar.		
229. Siempre tengo mala suerte.		
230. Me siento culpable de algunas cosas.		
231. Sólo se me dan bien una o dos cosas.		
232. Me siento herido fácilmente.		
233. Ya no me importa nada.		
234. Tengo miedo de muchas cosas.		
235. La gente me quiere y me cuida.		
236. Suelo tener miedo a equivocarme.		
237. Me siento sin energías.		
238.Interrumpo a los demás cuando están hablando		
239.Interrumpo a mis padres cuando están hablando por teléfono		
240.Jugueteo mientras estoy comiendo		
241.Necesito que me presten mucha atención		
242.No puedo esperar a que me toque mi turno de voz para hablar		

D.5. Versión Española para adolescentes: Alabama Parenting Questionnaire (APQ).

Instrucciones: Las siguientes afirmaciones se refieren a situaciones o conductas sobre tus padres. Por favor, evalúa cada afirmación que te hacen según lo que ocurre habitualmente en tu casa. Las posibles respuestas son: **NUNCA (1), CASI NUNCA (2), A VECES (3), A MENUDO (4) y SIEMPRE (5)**. Marca con una cruz (X) lo que sucede más habitualmente.

Importante: Recuerda que nos interesa sólo tu opinión y que no informaremos a tus padres sobre ella (será anónima). Si por alguna razón no convives habitualmente con tu padre o con tu madre sáltate las cuestiones que te hacen específicamente sobre ellos.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A Menudo	Siempre
243.Tienes charlas amistosas con tu madre.					
¿Y con tu padre?					
244.Tus padres te lo dicen cuando estás haciendo un buen trabajo.					
245.Tus padres te amenazan con castigarte y luego no lo hacen.					
246.Tu madre te ayuda en las actividades extraescolares u otras que te gustan (deportes, música, etc.)					
¿Y tú padre?					
247.Tus padres te premian o te dan algo extra cuando te portas bien.					
248.Normalmente ni dejas notas ni dices a tus padres adónde vas					
249.Juegas o haces otras cosas divertidas con tu madre.					
¿Y con tu padre?					
250.Convences a tus padres para que no te castiguen después de haberte portado mal.					
251.Tu madre te pregunta como te ha ido el día en la escuela					
¿Y tú padre?					
252.Estás fuera por las tardes/noches pasada la hora en que se supone que deberías estar en casa.					
253.Tu madre te ayuda con los deberes					
¿Y tú padre?					
254.Tus padres dejan de intentar que les obedezcas a causa de los problemas que ello les supone.					
255.Tus padres te felicitan cuando haces algo bien.					
256.Tu madre te pregunta que vas a hacer durante el día.					
¿Y tú padre?					
257.Tu madre te lleva a tus actividades extraescolares o preferidas					
¿Y tú padre?					
257.Tus padres te alaban cuando te portas bien.					
258.Tus padres no conocen a los amigos con los que sales					
259.Tus padres te abrazan o te besan cuando has hecho algo bien.					
260.Tu puedes salir sin tener una hora límite para volver a casa.					
261.Tu madre habla contigo sobre tus amigos					
¿Y tú padre?					
262.Tu sales de noche sin que ningún adulto vaya contigo.					

CONTINÚA EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A Menudo	Siempre
263.Tus padres te levantan los castigos muy pronto (al menos antes de lo que habían dicho que duraría)					
264.Colaboras en las decisiones familiares					
265.Tus padres están tan ocupados que olvidan dónde estás y qué estás haciendo.					
266.Tus padres no te castigan cuando hace algo malo					
267.Tu madre acude a las reuniones con los profesores o a otras reuniones escolares					
¿Y tú padre?					
268.Tus padres te dicen que les gusta cuando colaboras con las tareas de casa.					
269.Tus padres te dicen que les gusta cuando colaboras con las tareas de casa.					
270.Regresas a casa más tarde de la hora en que deberías hacerlo y tus padres no se enteran.					
271.Tus padres salen y no te dicen adónde van					
272.Después del colegio vuelves a casa una hora más tarde de lo esperado.					
273.El castigo que te dan tus padres depende de su humor (de que estén más o menos alegres).					
274.Tu estás en casa sin la supervisión de ningún adulto (sin nadie mayor que esté contigo)					
275.Tus padres te pegan con la mano cuando ha hecho algo malo.					
276.Tus padres te ignoran cuando te portas mal					
277.Tus padres te abofetean cuando hace algo malo.					
278.Tus padres te quitan privilegios o dinero como castigo.					
279.Tus padres te envían a tu habitación como castigo.					
280.Tus padres te golpean con un cinturón u otro objeto cuando haces algo malo.					
281.Tus padres te gritan cuando haces algo malo.					
282.Tus padres te explican calmadamente por qué tu conducta fue equivocada cuando te has portado mal.					
283.Tus padres usan "tiempo fuera " como castigo (es decir, te mandan a una habitación, a un rincón o te sientan en una silla para que te estés un tiempo como castigo)					
284.Tus padres te ponen tareas extra como castigo.					

D.6. The Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA).

Instrucciones: Cada una de las siguientes afirmaciones hace referencia a tus sentimientos sobre tu madre o sobre la persona que haya actuado como madre. En el caso de que hubiera existido más de una persona actuando como madre, responde a las cuestiones en referencia a la persona que más haya influido sobre ti.

	Casi nunca o nunca es verdad	No muy a menudo	Algunas veces es verdad	A menudo es verdad	Casi siempre o siempre es verdad
285.Mi madre respeta mis sentimientos					
286.Creo que mi madre se comporta adecuadamente como madre					
287.Me gustaría tener una madre diferente					
288.Mi madre me acepta como soy					
289.Me gusta saber la opinión de mi madre sobre las cosas que me preocupan					
290.Creo que no sirve de nada mostrar mis sentimientos a mi madre					
291.Mi madre sabe cuando estoy preocupado por alguna cosa					
292.Comentar mis problemas con mi madre me hace sentir vergüenza o ridículo					
293Mi madre espera demasiado de mí.					
294.Me disgusto fácilmente con mi madre.					
295.Me preocupo mucho más de lo que mi madre cree.					
296.Cuando discutimos sobre alguna cosa, mi madre tiene en cuenta mi punto visto.					
297.Mi madre confía en mi propio criterio.					
298.Mi madre tiene sus propios problemas, así que no la molesto con los míos.					
299.Mi madre me ayuda a comprenderme mejor a mi mismo.					
300.Yo le cuento a mi madre mis problemas y dificultades.					
301.Me siento enojado con mi madre					
302.Mi madre no me presta demasiada atención.					
303.Mi madre me ayuda a hablar sobre mis dificultades.					
304.Mi madre me comprende.					
305.Cuando estoy enfadado por algo mi madre trata de ser comprensiva.					
306.Confío en mi madre.					
307.Mi madre no entiende la situación por la que estoy atravesando actualmente.					
308.Puedo contar con mi madre cuando necesito desahogarme.					
309.Si mi madre sabe que algo me preocupa, me pregunta acerca de ellos.					

Anexo E. Figuras.

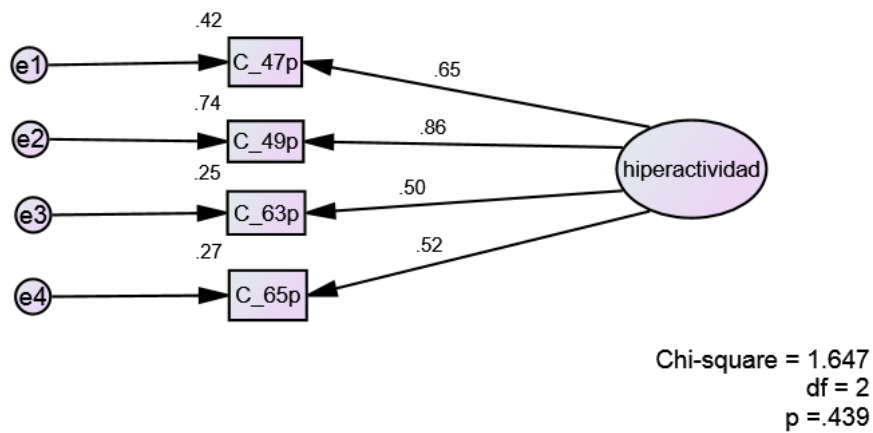


Figura 1. Modelo del constructo de la escala de hiperactividad de la muestra de padres nivel de primaria.

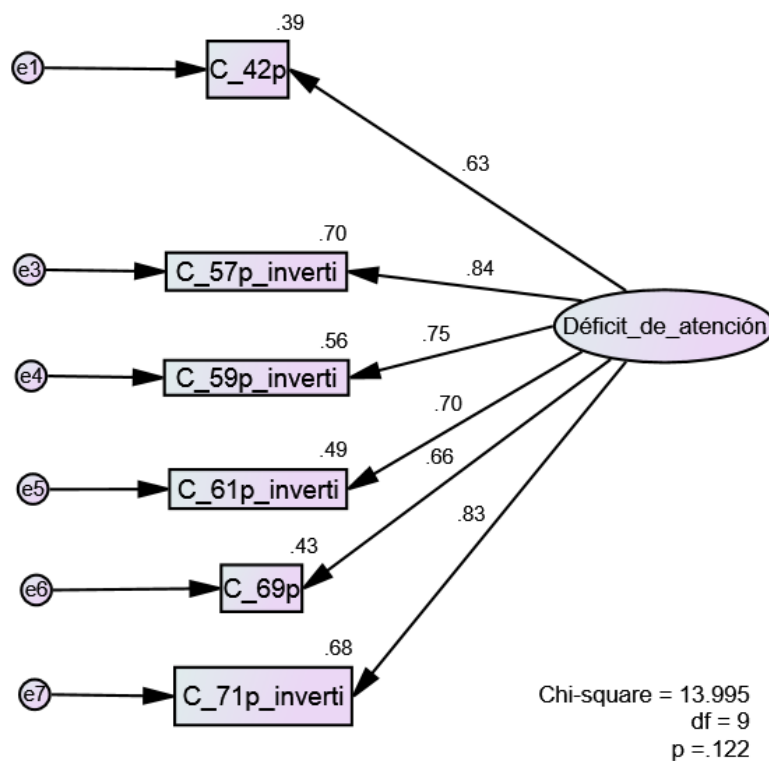


Figura 2. Modelo del constructo de la escala de déficit de atención de la muestra de padres nivel de primaria.

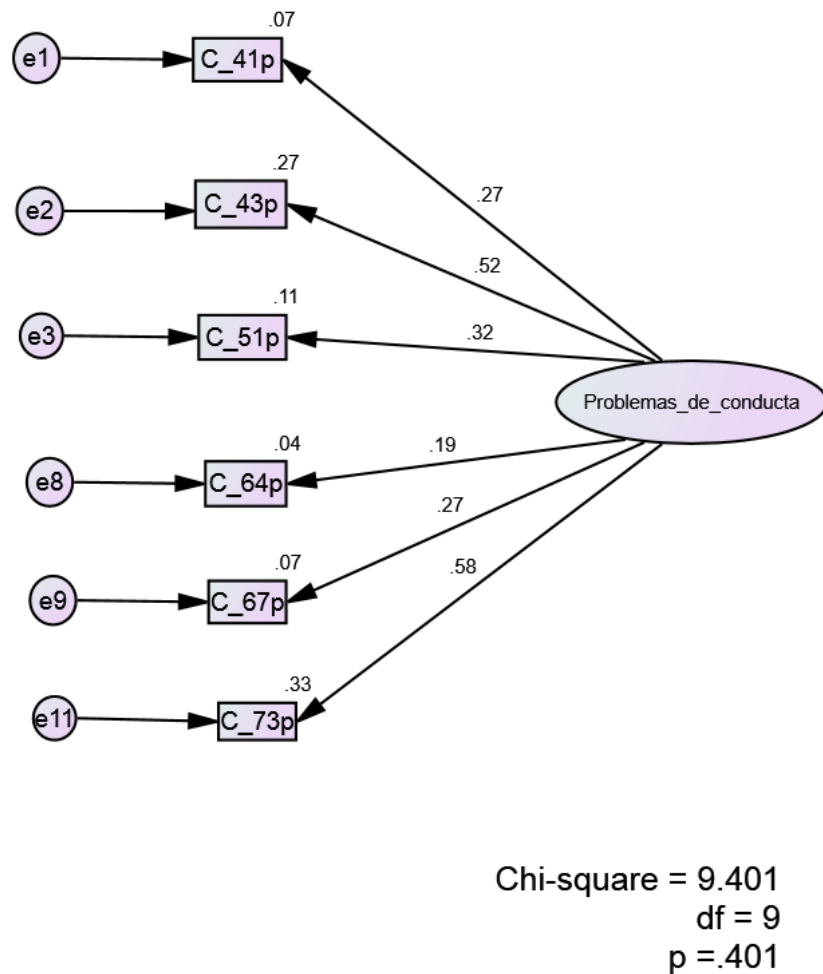


Figura 3. Modelo del constructo de la escala de problemas de conducta de la muestra de padres nivel de primaria.

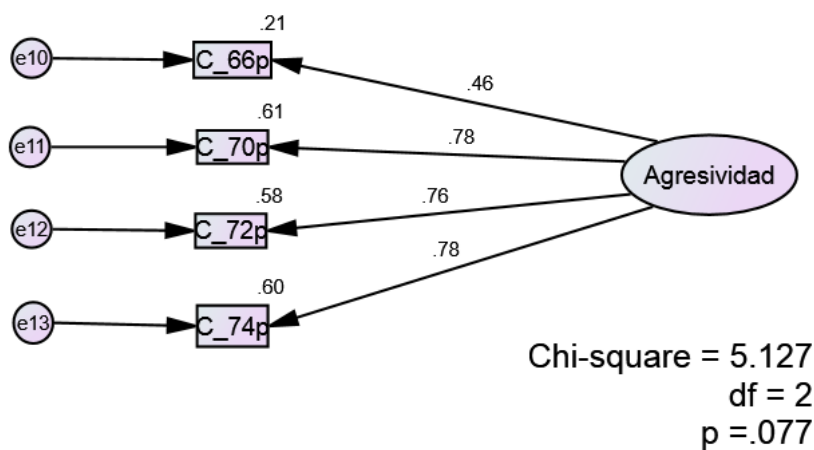


Figura 4. Modelo del constructo de la escala de agresividad de la muestra de padres nivel de primaria.

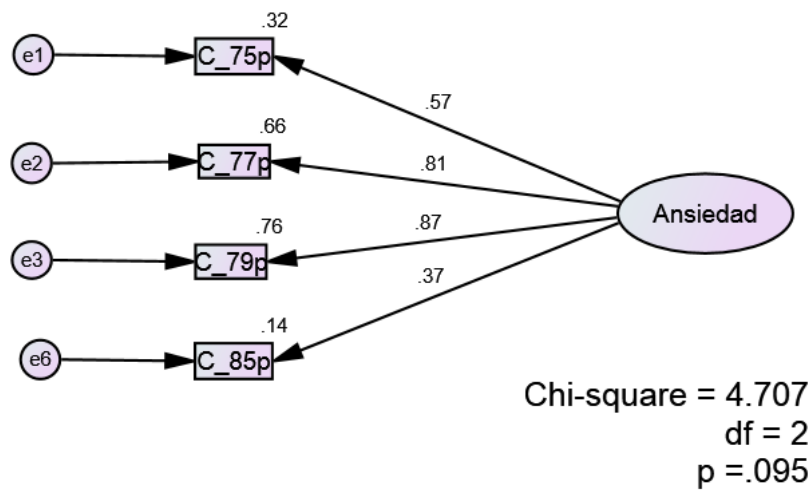


Figura 5. Modelo del constructo de la escala de ansiedad de la muestra de padres nivel de primaria.

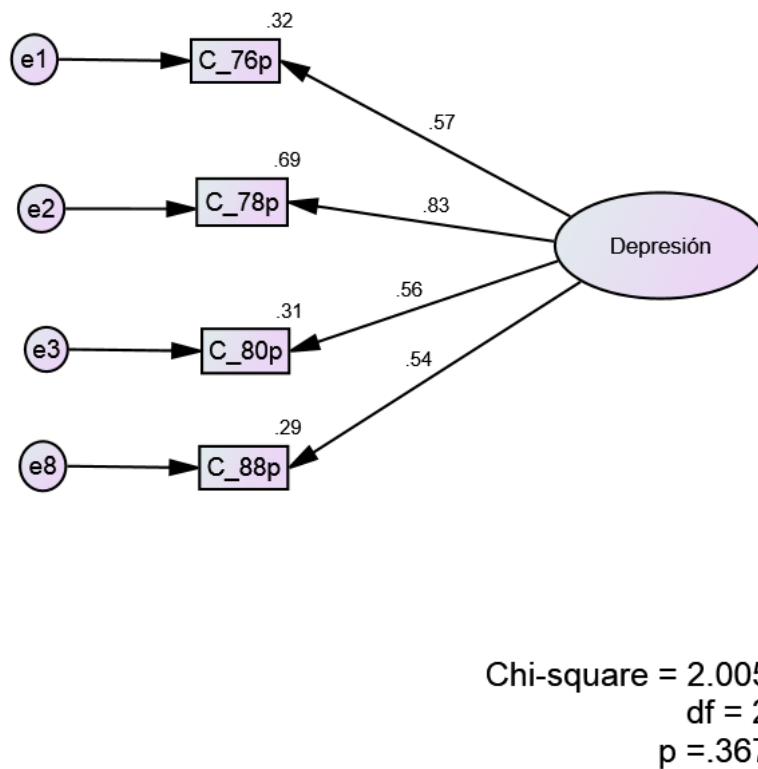


Figura 6. Modelo del constructo de la escala de depresión de la muestra de padres nivel de primaria.

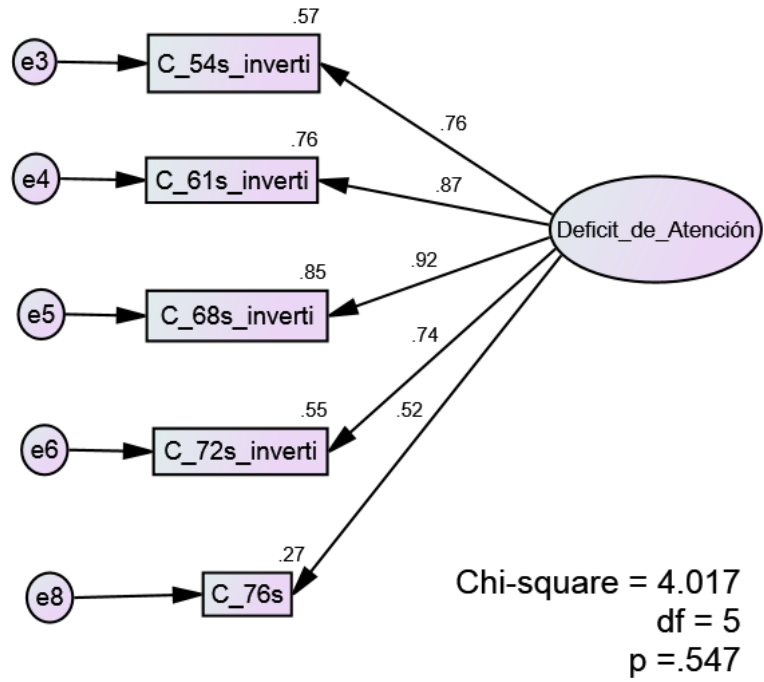


Figura 7. Modelo del constructo de la escala de déficit de atención de la muestra de padres nivel de secundaria.

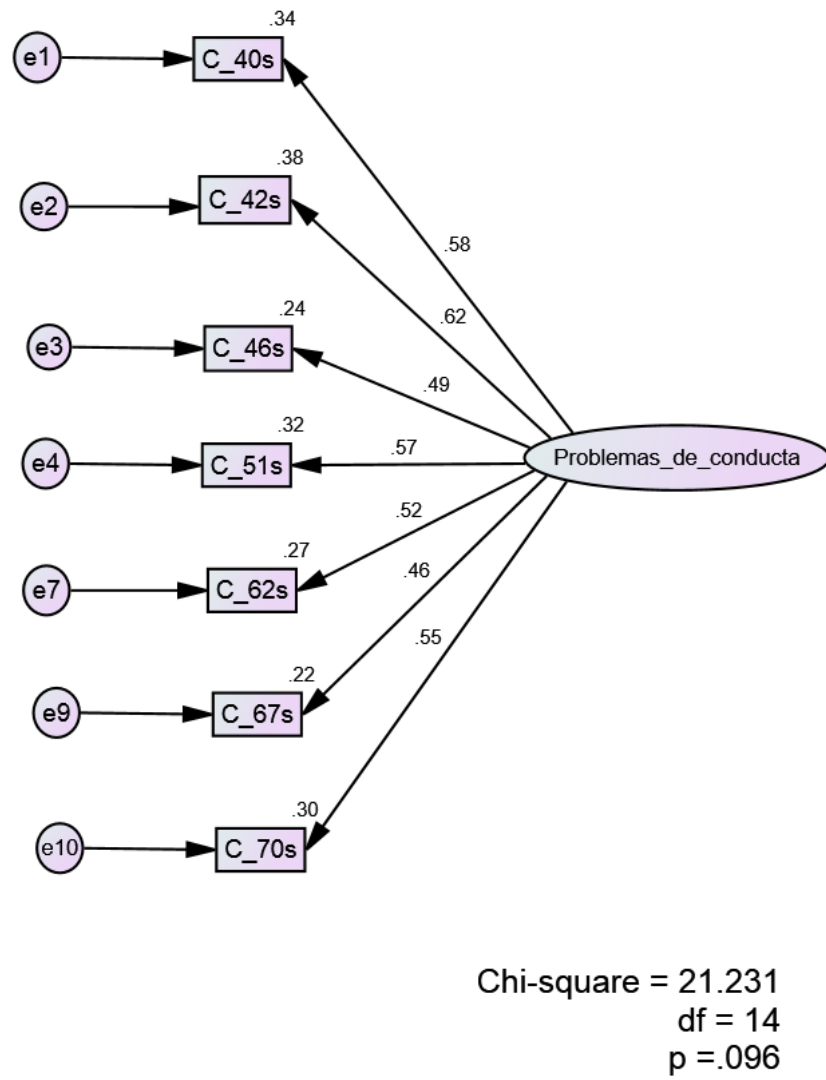
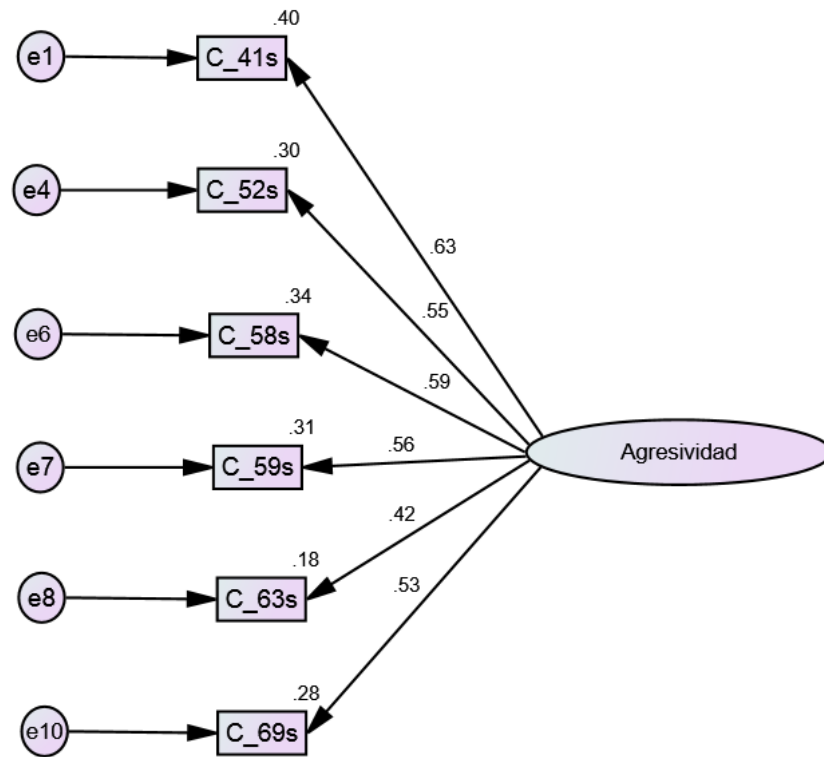


Figura 8. Modelo del constructo de la escala de problemas de conducta de la muestra de padres nivel de secundaria.



Chi-square = 12.016
df = 9
p = .212

Figura 9. Modelo del constructo de la escala de agresividad de la muestra de padres nivel de secundaria.

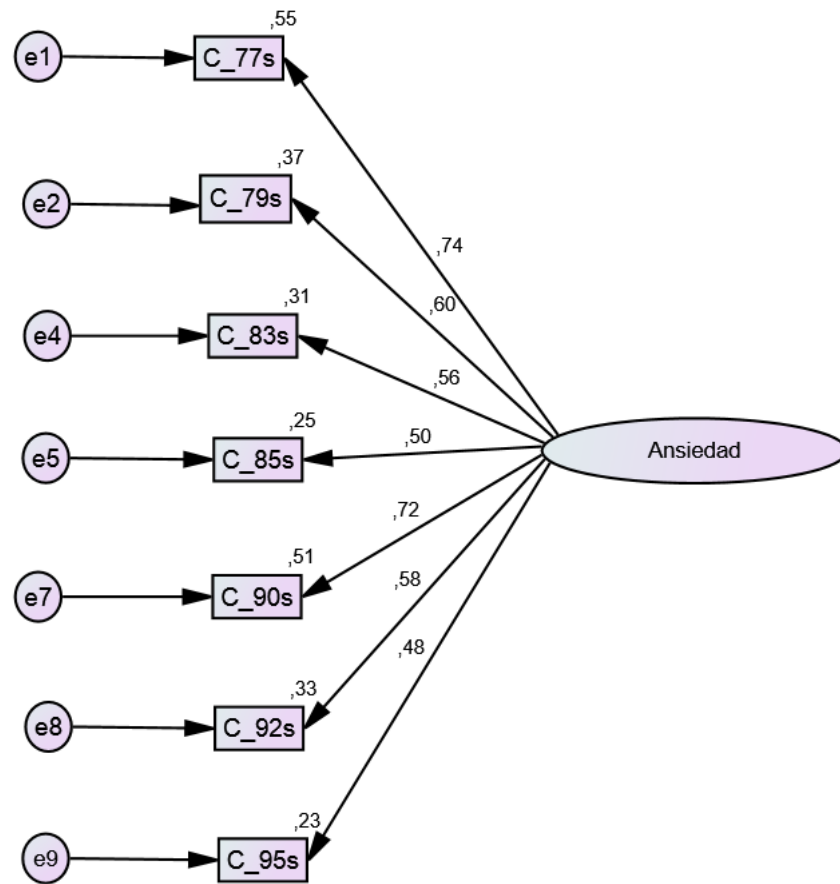


Figura 10. Modelo del constructo de la escala de ansiedad de la muestra de padres nivel de secundaria.

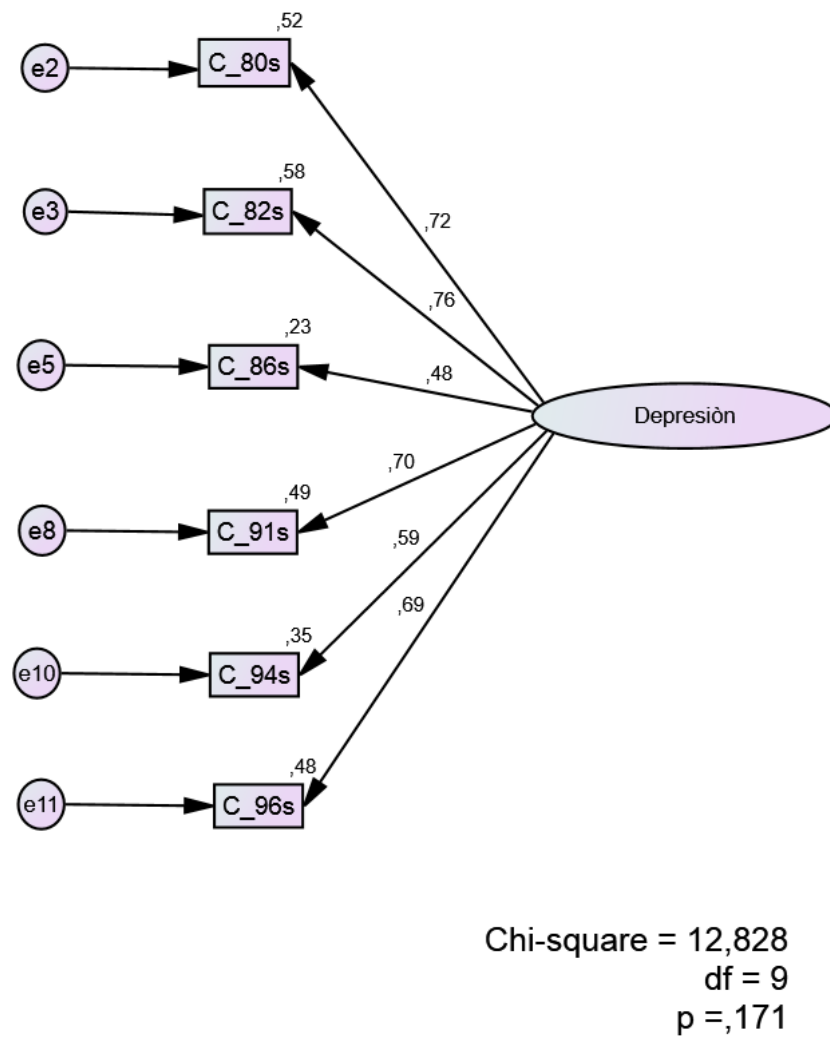


Figura 11. Modelo del constructo de la escala de depresión de la muestra de padres nivel de secundaria.

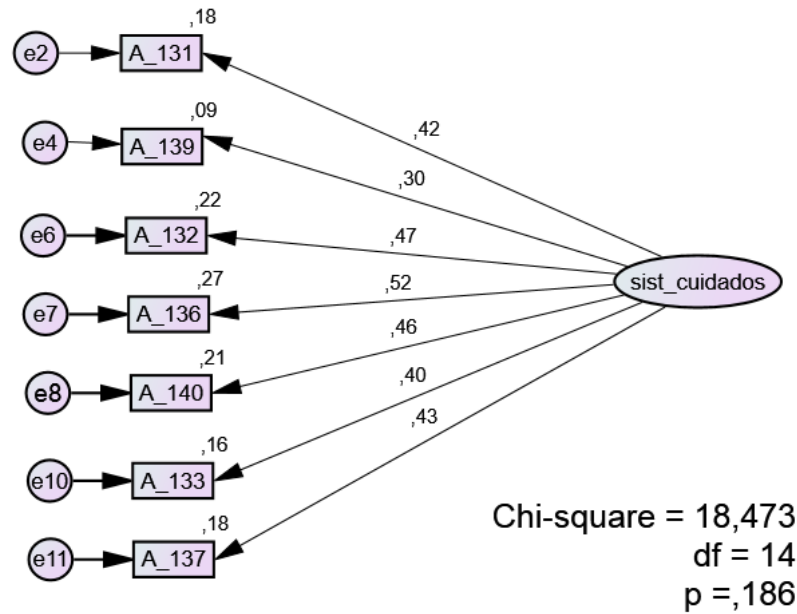


Figura 12. Modelo del constructo de la dimensión de sistema de cuidados de la muestra de padres nivel de primaria y secundaria.

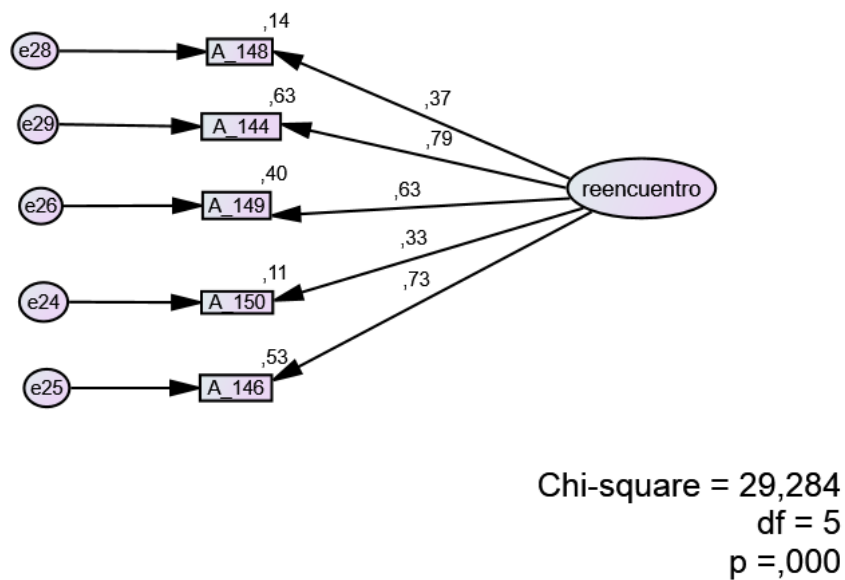
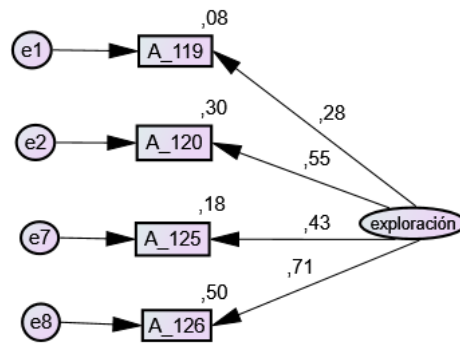
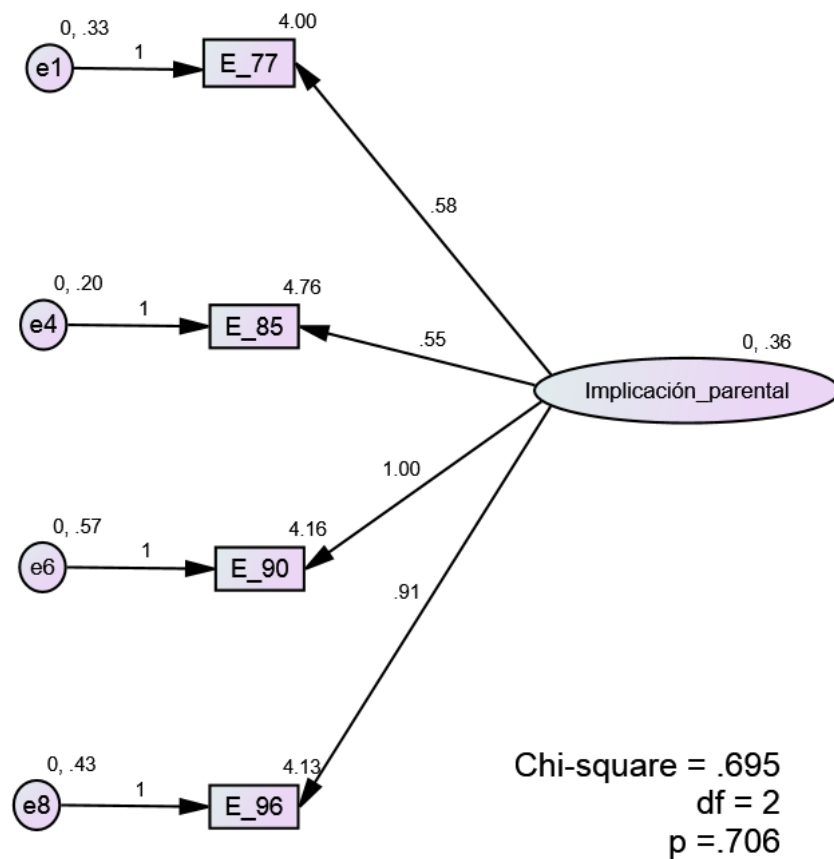


Figura 13. Modelo del constructo de la escala de reencuentro de la muestra de padres nivel de primaria.



Chi-square = 11,083
df = 2
p = ,004

Figura 14. Modelo del constructo de la escala de exploración de la muestra de padres nivel de primaria y secundaria.



Chi-square = .695
df = 2
p = .706

Figura 15. Modelo del constructo de la escala de implicación parental de la muestra de padres nivel de primaria y secundaria.

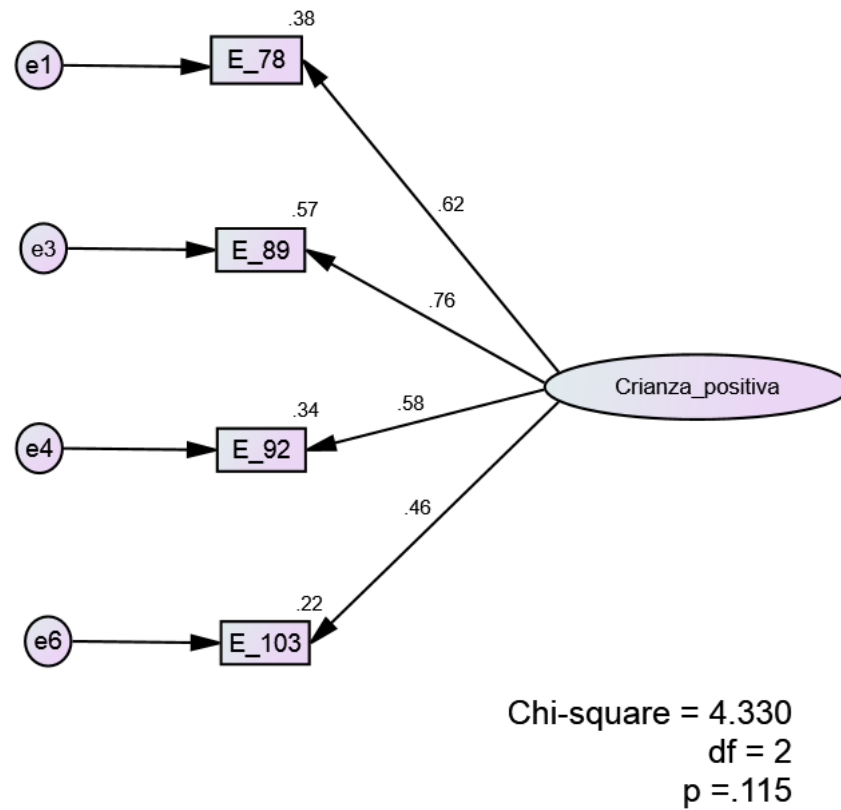


Figura 16. Modelo del constructo de la escala de crianza positiva de la muestra de padres nivel de primaria y secundaria.

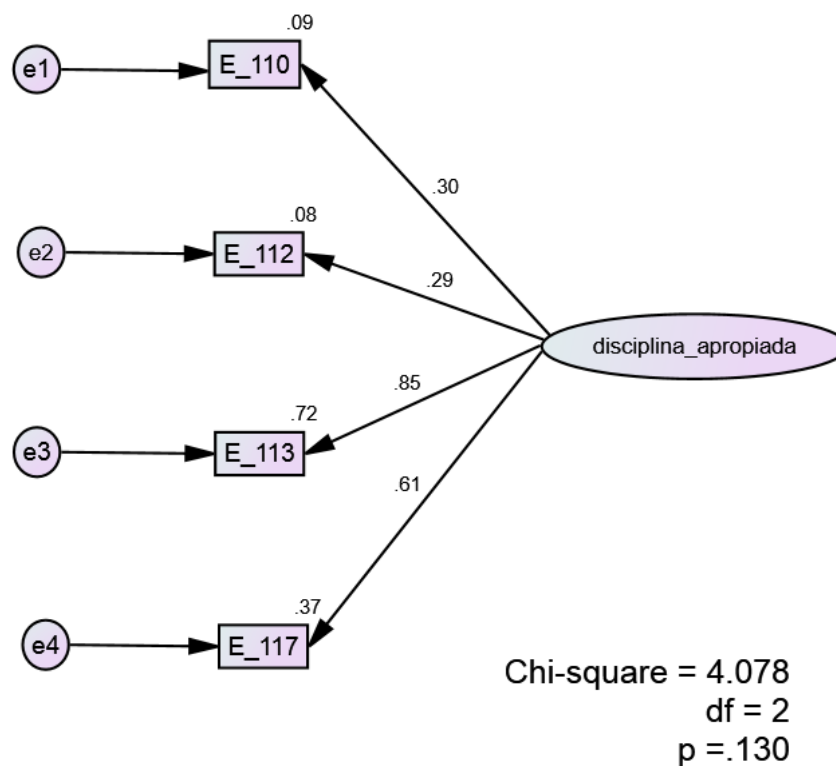


Figura 17. Modelo del constructo de la escala de disciplina apropiada de la muestra de padres nivel de primaria y secundaria.

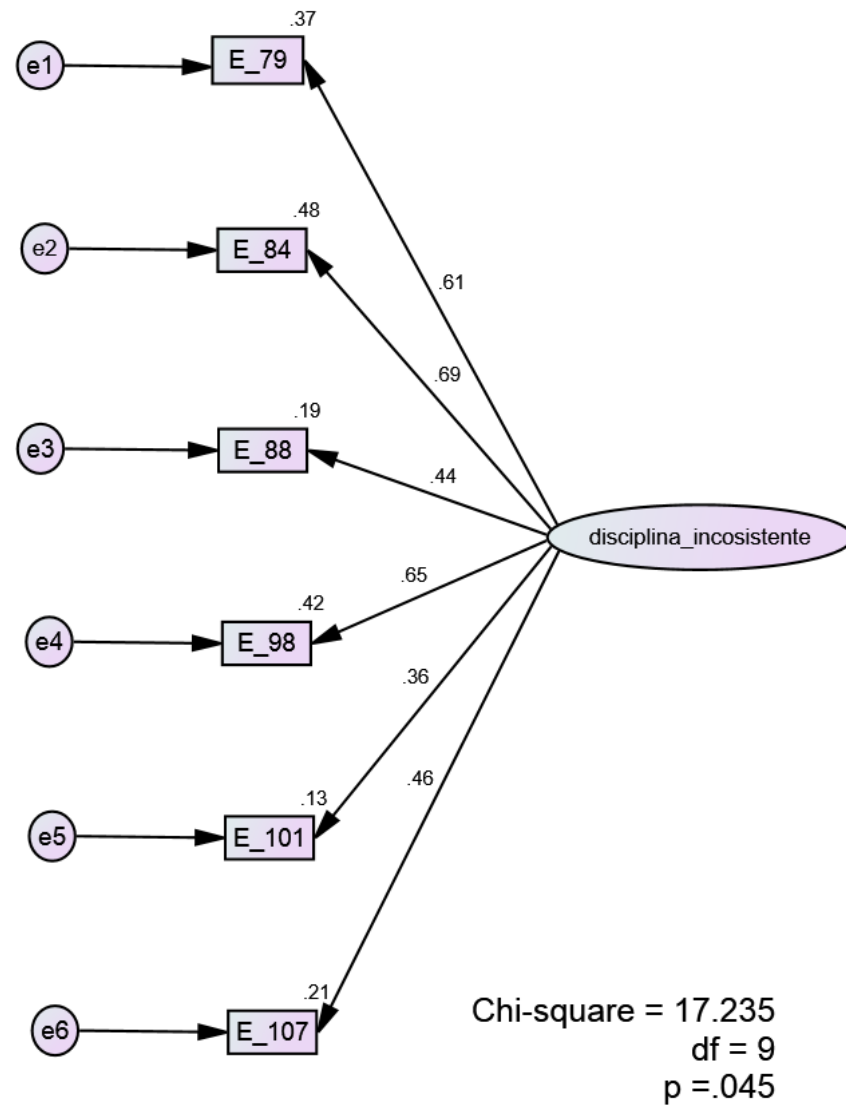


Figura 18. Modelo del constructo de la escala de disciplina inconsistente de la muestra de padres nivel de primaria y secundaria.

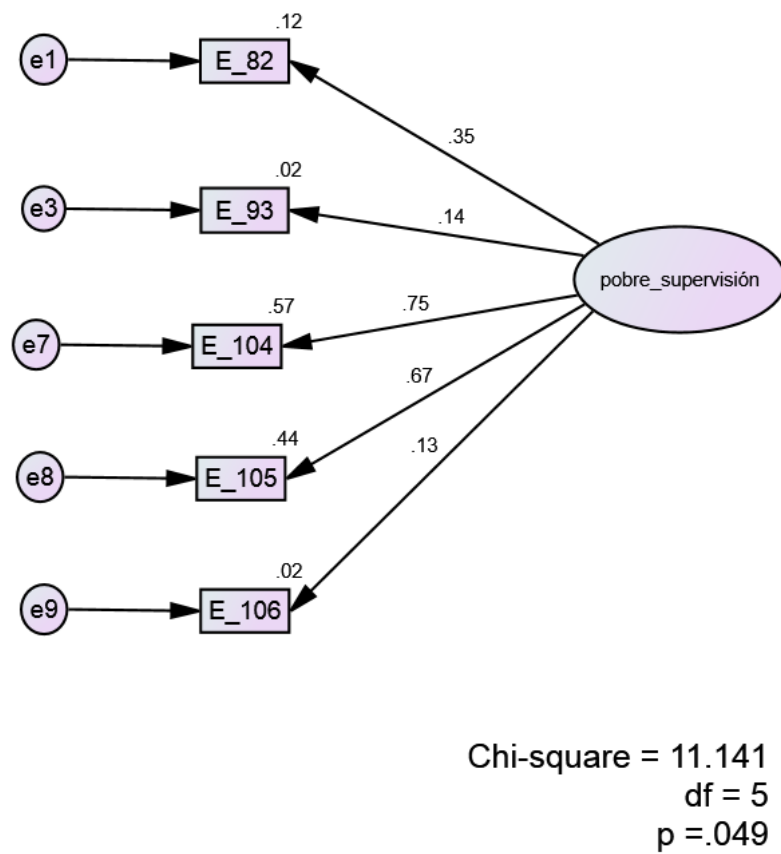


Figura 19. Modelo del constructo de la escala de pobre supervisión de la muestra de padres nivel de primaria y secundaria.

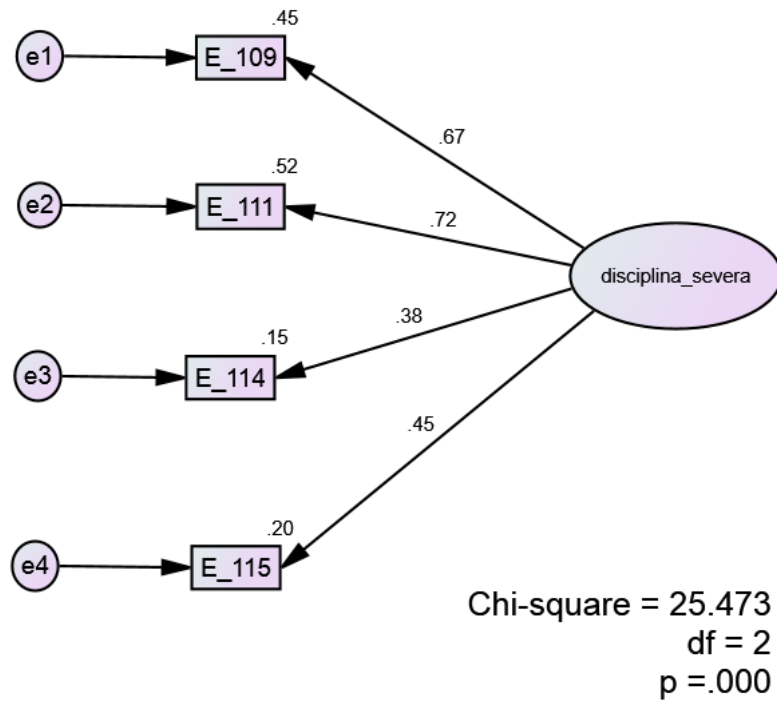


Figura 20. Modelo del constructo de la escala de disciplina severa de la muestra de padres nivel de primaria y secundaria.

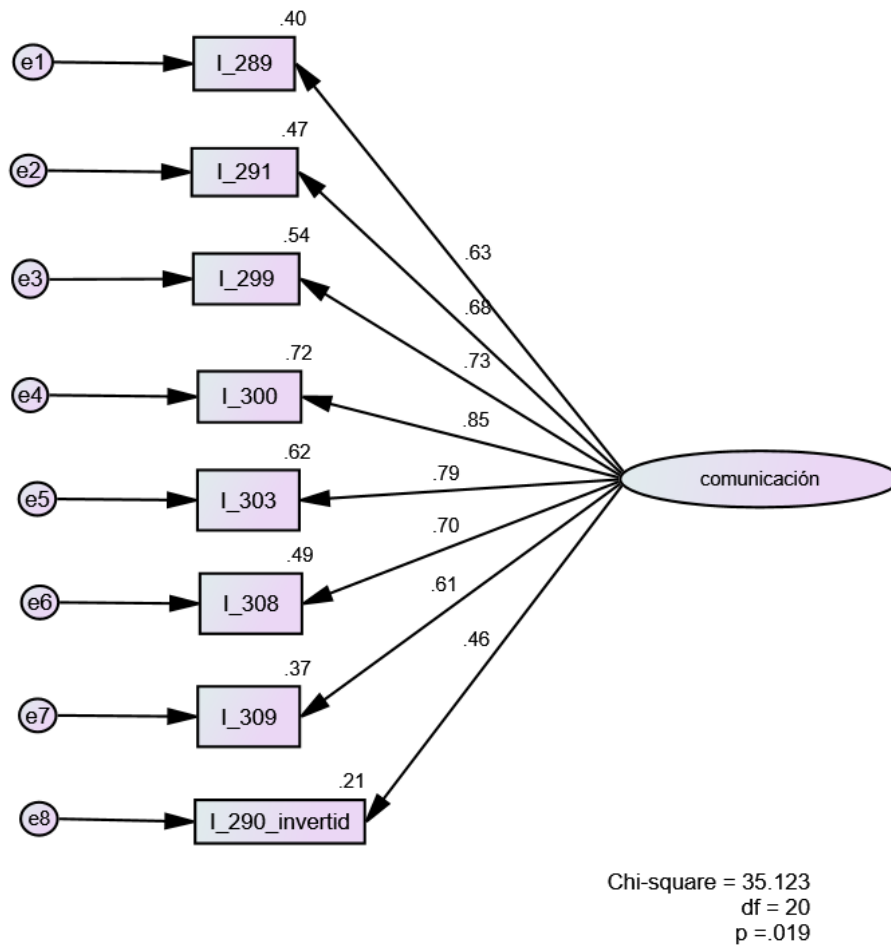


Figura 21. Modelo del constructo de la escala de comunicación de la muestra de adolescentes.

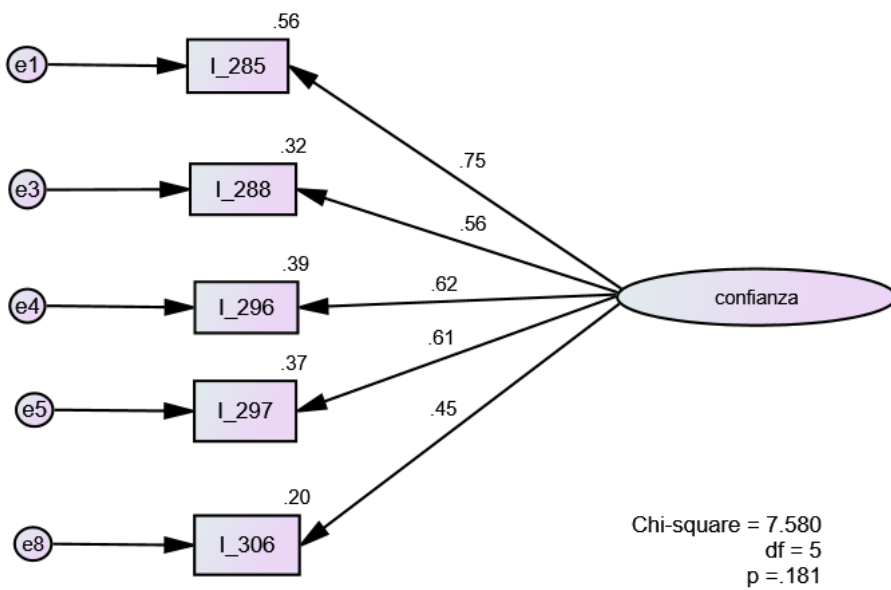


Figura 22. Modelo del constructo de la escala de confianza de la muestra de adolescentes.

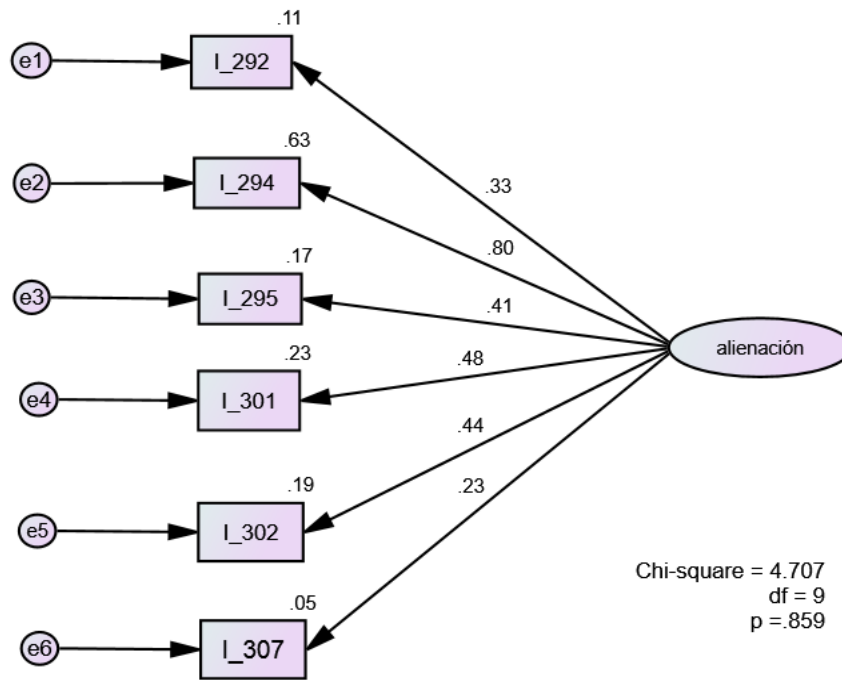


Figura 23. Modelo del constructo de la escala de alienación de la muestra de adolescentes.

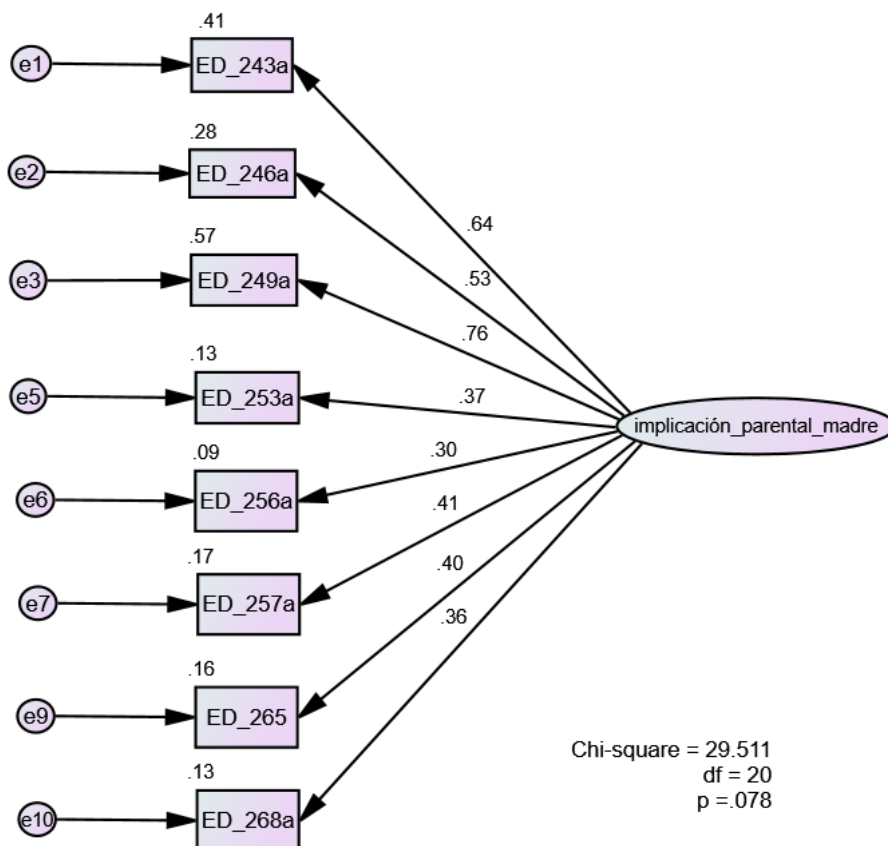


Figura 24. Modelo del constructo de la escala de implicación parental (madre) de la muestra de adolescentes.

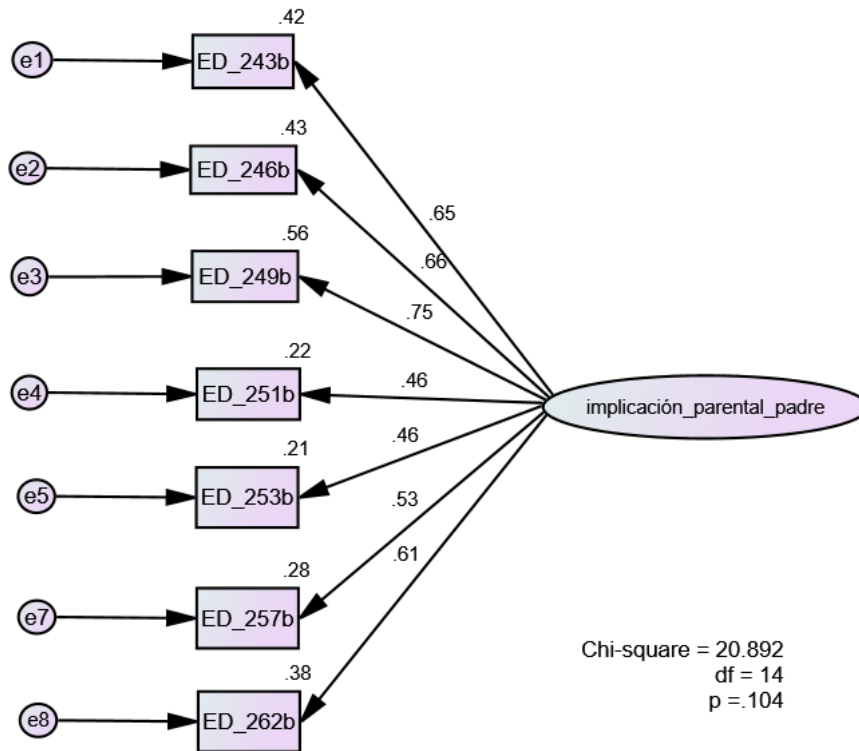


Figura 25. Modelo del constructo de la escala de implicación parental (padre) de la muestra de adolescentes.

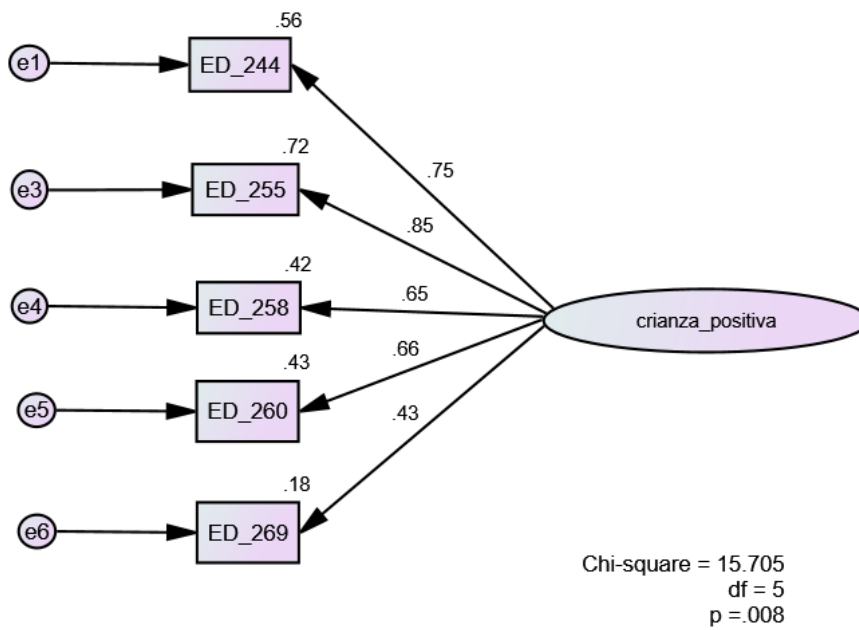


Figura 26. Modelo del constructo de la escala crianza positiva de la muestra de adolescentes.

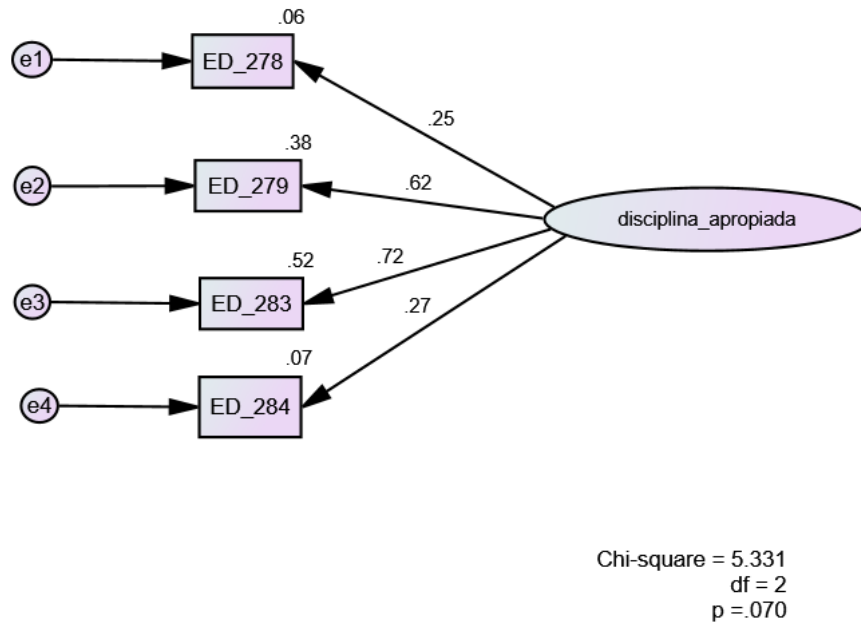


Figura 27. Modelo del constructo de la escala disciplina apropiada de la muestra de adolescentes.

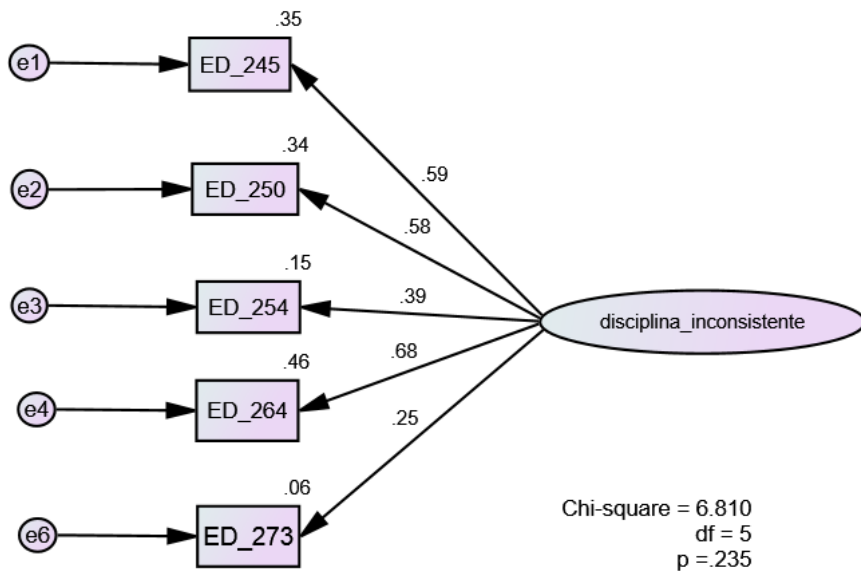


Figura 28. Modelo del constructo de la escala disciplina inconsistente de la muestra de adolescentes.

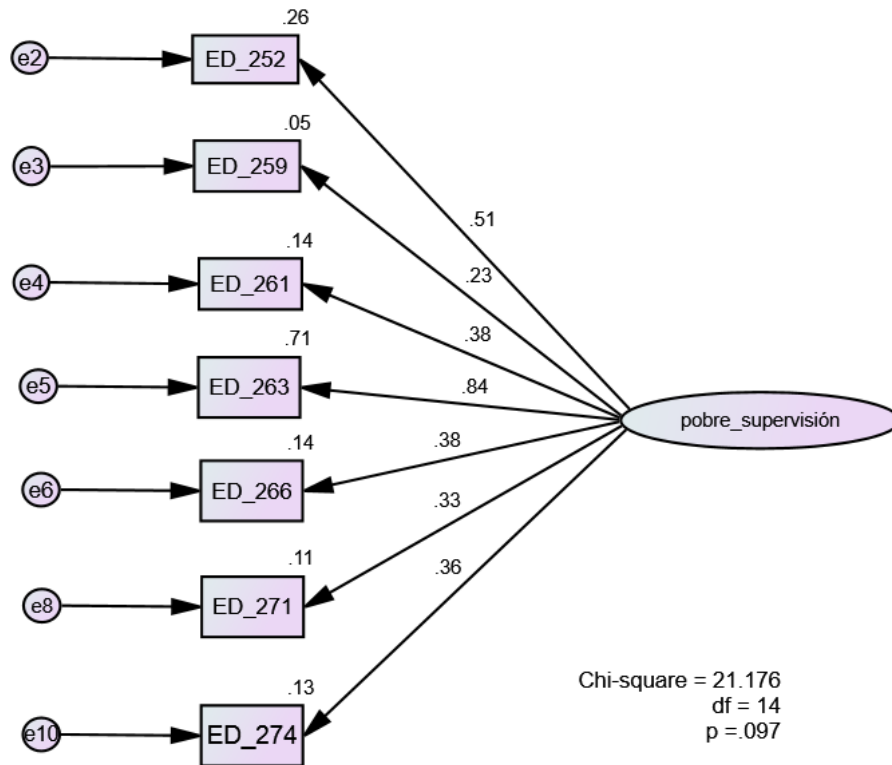


Figura 29. Modelo del constructo de la escala pobre supervisión de la muestra de adolescentes.

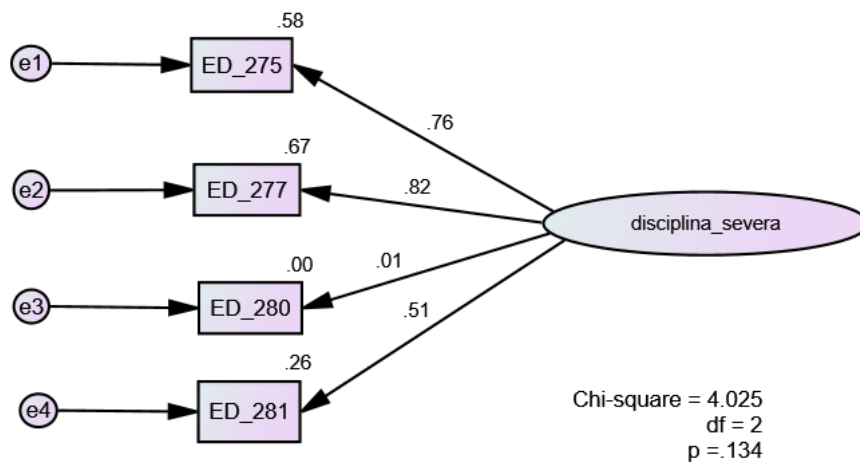


Figura 30. Modelo del constructo de la escala disciplina severa de la muestra de adolescentes.